

## **Relatório de Estágio**

### **Intervenção Psicomotora no Centro Neurodesenvolvimento e Inclusão - CADIn**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de  
Melo

**Júri:**

Presidente:

Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Vogais:

Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Doutor António José Mendes Rodrigues

**Filipa da Silva Vieira**

2019

## **Agradecimentos:**

---

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma potencializaram a minha aprendizagem durante este período, em especial:

À Professora Doutora Ana Rodrigues, pelo suporte, compreensão e disponibilidade em ouvir e partilhar o seu conhecimento.

À Dr.<sup>a</sup> Joana Horta pela orientação, pela preocupação, feedback e partilha de conhecimento.

À Dr.<sup>a</sup> Leonor Ribeiro pela confiança, feedback e pelas experiências e aprendizagens proporcionadas.

À Dr.<sup>a</sup> Susana Lúcio, Dr.<sup>a</sup> Magda Alves e Dr.<sup>a</sup> Carolina Viana pela disponibilidade em participarem ativamente na minha aprendizagem e pela partilha de conhecimentos.

À Dr.<sup>a</sup> Sandra Pinto pela receção, inclusão e acompanhamento constante.

Às crianças e famílias, pela oportunidade, pela partilha e pela confiança.

À minha família e amigos pelo apoio, pela paciência e pelo carinho.

## **Resumo:**

---

O presente relatório retrata a experiência de estágio no Centro CADIn Neurodesenvolvimento e Inclusão no ano letivo 2017/2018. Durante o ano letivo tive a oportunidade de acompanhar crianças com idades entre os dois e os 12 anos em três áreas distintas do neurodesenvolvimento: intervenção precoce, apoio psicopedagógico e treino comportamental. O estágio iniciou com um período de observação de sessões, avaliações e consultas, seguido de um progressivo aumento na participação e autonomia nas avaliações e intervenções. Os dois casos selecionados para estudos de caso, e os quais apresentam maior destaque no presente relatório tinham diferentes diagnósticos, sendo estes: Perturbação Reativa da Vinculação e Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora. Neste sentido, o relatório organiza-se em duas partes distintas, na primeira é feito um enquadramento à instituição, à sua visão e valores. E na segunda parte são apresentados os objetivos e o funcionamento do estágio, bem como os casos acompanhados, com destaque para os estudos de caso e respetivo enquadramento teórico. É também aqui que apresento os trabalhos complementares realizados durante o estágio na instituição.

**Palavras-Chave:** Intervenção Psicomotora, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora, Perturbação Reativa da Vinculação, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbações do Neurodesenvolvimento.

## **Abstract:**

---

This report describes the internship experience at the CADIN Neurodevelopment and Inclusion, in the school year 2017/2018. During the school year I have the opportunity to accompany children aged between two and 12 years in three distinct areas of neurodevelopment: early intervention, psychopedagogical intervention and behavioural intervention. The internship began with a period of observation of sessions, assessments and interventions, followed by a progressive increase in participation and autonomy in evaluations and interventions by the trainee. The two cases selected for case studies, and which are more prominent in this report had different diagnostics, these being: Reactive Attachment Disorder and Motor Developmental Coordination Disorder. In this sense, the report is organized in two distinct parts, the first one is a framework for the institution, its vision and values. And the second part presents the objectives and the operation of the internship, as well as the cases followed, highlighting the case studies and their theoretical framework. In this part I also present the complementary work done during the internship at the institution.

**Key-Words:** Psychomotor Therapy, Motor Developmental Coordination Disorder, Reactive Attachment Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Neurodevelopment Disorders.

## Índice:

---

Agradecimentos:.....	i
Resumo: .....	ii
Abstract: .....	iii
Índice:.....	iv
Índice de Tabelas: .....	vi
Abreviaturas: .....	vii
Introdução:.....	1
1) Enquadramento da Prática Profissional .....	3
A Instituição:.....	3
A Equipa e os métodos de intervenção: .....	4
População-Alvo: .....	5
Psicomotricidade no CADIn:.....	7
2) Realização da Prática Profissional.....	10
2.1) Horário de Estágio .....	11
2.2) Caracterização dos Contextos de Intervenção.....	12
2.3) Processo de Intervenção .....	13
2.3.1) Avaliação .....	13
2.3.2) Intervenção.....	16
2.3.3) Estudos de Caso .....	18
2.4) Atividades Complementares de Formação .....	59
2.5) Dificuldades e Limitações .....	62
3) Conclusão.....	64
4) Bibliografia:.....	66
Anexos .....	75
ANEXO A – Contrato de Aprendizagem CADIn.....	75
ANEXO B – Descrição dos Instrumentos de Avaliação .....	85
ANEXO C – Relatório de Avaliação Inicial do estudo de caso A.....	91

ANEXO D – Exemplos de Planos de Sessão do estudo de caso A. ....	110
Plano da sessão de 11 de Maio de 2018 .....	110
Plano da sessão de 18 de Maio de 2018 .....	111
Plano da sessão de 1 de Junho de 2018 .....	112
ANEXO E – Relatório de avaliação final do estudo de caso A.....	114
ANEXO F – Relatório de Avaliação Inicial do estudo de caso T. ....	117
ANEXO G – Exemplos de Planos de Sessão do estudo de caso T. ....	127
Plano da sessão de 7 de Maio de 2018 .....	127
Plano da sessão de 11 de Junho de 2018 .....	128
Plano da sessão de 25 de Junho de 2018 .....	129
ANEXO H – Relatório de Avaliação final do estudo de caso T. ....	131
ANEXO I – Atividades complementares de formação.....	138
Revisão da Literatura – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).	
138	
Revisão da Literatura – Modelo DIR/ Floortime.....	157
Brochura Perturbação de Oposição-Desafio (POD).....	166
Plano de sessão para o projeto: “À conversa com... Pais. Birras que nos tiram do sério” .....	174
ANEXO J – Jogos e materiais desenvolvidos.....	176
Relicário .....	176
Bingo das vogais .....	176
Jogo da memória – rimas .....	178
Dados para manipulação silábica .....	178
Jogo “Emoções em Cadeia”.....	178
ANEXO K – Exemplos de relatórios de observação de sessões dos casos acompanhados.....	180

## Índice de Tabelas:

---

Tabela 1) Horário-tipo de estágio.....	12
Tabela 2) Resumo das avaliações acompanhadas.....	16
Tabela 3) Resumo das intervenções acompanhadas.....	18
Tabela 4) Instrumentos utilizados na avaliação inicial da A.....	21
Tabela 5) Avaliação do domínio psicomotor da A. ....	22
Tabela 6) Resultados da Aplicação da WISC III no estudo-caso A. ....	23
Tabela 7) Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para a Perturbação Reativa da Vinculação. .....	31
Tabela 8) Plano de sessão da A. de dia 8 de Junho 2018. ....	37
Tabela 9) Instrumentos utilizados na avaliação inicial do T.....	40
Tabela 10) Sintomas de Diagnóstico da PHDA presentes no DSM-5. ....	45
Tabela 11) Plano de sessão do T. de dia 4 de Junho 2018. ....	54
Tabela 12) Níveis da avaliação final. ....	56
Tabela 13) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Comportamental.....	56
Tabela 14) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Pedagógico.....	57
Tabela 15) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Psicomotor.....	58

## Abreviaturas:

---

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASEBA	<i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>
CAS	<i>Cognitive Assessment System</i>
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DAE	Dificuldades de Aprendizagem Específicas
DID	Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , 5ª edição
DTVP	<i>Developmental Test of Visual Perception</i>
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> , 10ª edição.
IP	Intervenção Precoce
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
M-ABC	Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças
OMS	Organização Mundial de Saúde
PALPA-P	Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português
PDCM	Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PEERAMID	<i>Pediatric Examination of Education Readiness at Middle Childhood</i>
PEEX	<i>Pediatric Early Elementary Examination</i>
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
POD	Perturbação de Oposição e Desafio
RACP	Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
TSEER	Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação
VMI	<i>Beery Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integratio</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WISC III	Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição



## **Introdução:**

---

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Ramo e Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) inserida no segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, tendo como orientadora académica a Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Rodrigues.

O estágio curricular foi realizado no centro CADIn Neurodesenvolvimento e Inclusão, que se dedica ao estudo e tratamento de problemas do neurodesenvolvimento e de saúde mental desde a infância até à idade adulta. O estágio decorreu nos polos de Cascais e Lisboa e as principais atividades desenvolvidas no estágio integravam-se em três áreas de intervenção distintas: treino comportamental (com crianças com problemas de comportamento e PHDA), intervenção precoce (IP) (com os diagnósticos de Perturbação do Espectro do Autismo - PEA - e Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento - DID) e apoio psicopedagógico (com crianças com dificuldades de aprendizagem - DA). Durante o período de estágio, participei também em reuniões e outras atividades propostas pelo centro. A orientação no CADIn foi da responsabilidade de uma Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação (TSEER).

Os objetivos gerais do estágio foram definidos no regulamento do RACP, sendo estes: a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, promovendo uma competência reflexiva e multidisciplinar; b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviço e programas de Reabilitação Psicomotora em diferentes contextos de Intervenção; c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na criação e implementação de novos conhecimentos e práticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Desta forma, procurou-se proporcionar aprendizagens e treinos direcionados para o exercício da atividade profissional, bem como facilitar a inserção dos futuros profissionais no mercado de trabalho.

O presente relatório visa a apresentação do trabalho desenvolvido ao longo do período de estágio e está organizado em duas partes: Enquadramento da Prática Profissional e Realização da Prática Profissional. Na primeira parte é feita uma caracterização da instituição com fundamentações teóricas relativa as práticas de funcionamento e organização da instituição. Na segunda parte do relatório, é possível encontrar a descrição dos objetivos do estágio e do seu funcionamento ao longo do ano letivo. Nesta parte são também apresentadas as avaliações e intervenções acompanhadas, com destaque para os estudos de caso e os respetivos enquadramentos teóricos, estando

presentes também os trabalhos complementares desenvolvidos na instituição. Por fim, abordo as principais dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio.

## 1) Enquadramento da Prática Profissional

---

Como anteriormente referido o estágio curricular que deu origem ao presente relatório, realizou-se no CADIn Neurodesenvolvimento e Inclusão. Neste capítulo, procurei apresentar a instituição e contextualizar a atividade desenvolvida ao longo do estágio.

### **A Instituição:**

O CADIn é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) criada em 2003. Nasceu da união de um conjunto de empresas e instituições que procuraram criar um centro onde crianças com problemas do neurodesenvolvimento e as suas famílias pudessem encontrar uma equipa especializada capaz de avaliar e intervir junto das dificuldades específicas de cada criança elevando o potencial de desenvolvimento das mesmas (CADIn, 2017g). O CADIn foi o primeiro centro que se dedicou ao estudo e tratamento das perturbações do neurodesenvolvimento (CADIn, 2017i).

A instituição localiza-se na Estrada da Malveira, concelho de Cascais, tendo aberto em 2011 um polo em Setúbal e em 2016 um polo em Lisboa. Dá atualmente resposta a crianças, jovens e adultos com alterações do neurodesenvolvimento, emocionais e do comportamento, procurando também acompanhar as suas famílias, escolas ou empregadores (CADIn, 2017g). A visão do CADIn passa por este ser um centro de referência acessível a todos no tratamento e estudo das perturbações do desenvolvimento, assentando em três vertentes: atividade clínica, formação e investigação (CADIn, 2017i), desta forma, a organização institucional do CADIn é composta por um conselho de administração e consequentemente uma comissão de gestão que é depois dividida em três áreas: administrativa/ financeira, clínica e científica (CADIn, 2017g).

Tendo sido pensada como uma instituição de solidariedade social, o CADIn procura chegar a todas as pessoas que de si necessitam, tendo para isso, sido criada a Bolsa Social que se caracteriza por um fundo constituído por doações e que comparticipa o custo dos acompanhamentos a famílias com poucos rendimentos e que por isso não conseguem sozinhas suportar os custos dos tratamentos (CADIn, 2017g; CADIn, 2017i).

A vertente clínica é a principal no CADIn, onde uma equipa multidisciplinar procura avaliar e acompanhar os utentes nas suas problemáticas, tendo sempre como objetivo último capacitá-los para que consigam utilizar todo o seu potencial (CADIn, 2017g).

Por outro lado, o CADIn também se preocupa em esclarecer e divulgar temas relacionados com o desenvolvimento e comportamento atípico (CADIn, 2017d) através da formação. Assim, a equipa do CADIn disponibiliza *workshops*, seminários e ações

de sensibilização destinados a técnicos, pais, professores e educadores e também à comunidade em geral, com o intuito de promover a compreensão e o conhecimento sobre temas específicos do desenvolvimento e das suas perturbações (CADIn, 2017g). O CADIn mantém ainda parcerias com universidades e instituições, realizando-se na instituição estágios curriculares e de observação (CADIn, 2017d; CADIn, 2017g).

A vertente de investigação do CADIn surge no sentido de manter uma intervenção e formação baseadas em evidências científicas (CADIn, 2017f). Esta é feita autonomamente pelo CADIn ou em parceria com instituições de saúde ou ligadas à investigação clínica nas áreas do neurodesenvolvimento e da saúde mental (CADIn, 2017g).

### **A Equipa e os métodos de intervenção:**

No sentido de alcançar todos os seus objetivos o CADIn é composto por uma equipa multidisciplinar especializada em diferentes áreas clínicas (CADIn, 2017g). Esta equipa conta com: três neuropediatras, dois pedopsiquiatras, dois psiquiatras, uma pediatra, 13 psicólogos, dois neuropsicólogos, dois terapeutas ocupacionais, cinco terapeutas da fala, seis técnicos superiores de educação especial e reabilitação e dois psicomotricistas (CADIn, 2017c).

A presença de uma equipa multidisciplinar permite uma melhor compreensão clínica sobre o fenótipo individual da perturbação, possibilitando uma eficiente adequação da avaliação e intervenção a cada indivíduo e a cada fase de desenvolvimento (Lieberman, Hilty, Drake e Tsang, 2001).

Além da existência de uma equipa multidisciplinar, o CADIn procura uma intervenção que seja **centrada na pessoa**, ou seja, as perturbações do neurodesenvolvimento têm diferentes manifestações sendo por isso analisado sempre os dados clínicos, a história e o envolvimento dos utentes, adequando-se a intervenção a cada um (CADIn, 2017i).

A intervenção no CADIn é ainda **promotora de integração**, pois procura trabalhar em conjunto com as famílias, escolas e empregadores no sentido de encontrar as melhores soluções que permitam uma melhor integração em cada contexto; **acessível a todos**, através da bolsa social; e **em toda a vida**, acompanhando os diferentes desafios que as perturbações do neurodesenvolvimento colocam em cada etapa da vida (CADIn, 2017i).

No sentido de promover o trabalho em equipa e ter um espaço para o tratamento de temas e casos em equipa o CADIn realiza uma reunião semanal para discussão de temas e uma reunião quinzenal para apresentação e discussão de casos clínicos,

nestas reuniões são convidados os técnicos de todos os polos (Lisboa, Cascais e Setúbal) a marcarem presença através de Skype.

### **População-Alvo:**

O CADIn dá resposta a crianças, jovens e adultos que apresentam alterações do neurodesenvolvimento e outros problemas de saúde mental (CADIn, 2017b). Preocupando-se também em apoiar e dar respostas às famílias, escolas ou empregadores, permitindo que estas ajudem no processo de intervenção e levando a que todo o potencial do utente seja concretizado (CADIn, 2017e).

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de bem-estar no qual cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade” (World Health Organization [WHO], 2014, para. 1). As perturbações de saúde mental, têm uma origem cerebral e são compreendidas como um conjunto de perturbações que resultam da relação entre fatores genéticos e ambientais (genética, ambiente social e psicológico), provocando alterações nos padrões de pensamento, nas emoções, nos comportamentos e nas relações interpessoais, estando por sua vez associados a stress pessoal ou a alterações funcionais (WHO, 2001).

A *American Psychiatric Association* (APA) caracterizou as perturbações de saúde mental como clinicamente significativas a nível cognitivo, emocional, regulativo ou comportamental e que se traduzem numa disfunção psicológica, biológica ou dos processos de desenvolvimento relacionados com o funcionamento mental. Estas estão frequentemente associadas com stress significativo ou incapacidade social, ocupacional ou noutras atividades importantes da vida (APA, 2013). As perturbações de saúde mental têm impacto nos vários contextos de vida e estão presentes em qualquer idade, sendo que nas faixas etárias mais baixas – infância e adolescência – é mais difícil estabelecer limites claros entre os fenótipos comportamentais típicos da idade e os atípicos, tornando mais difícil estabelecer o diagnóstico (WHO, 2001).

Na infância e adolescência a WHO (2001) dedicou duas categorias do *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10ª edição (ICD-10) dentro das perturbações de saúde mental, que contém perturbações específicas para estas idades, estas são: perturbações do desenvolvimento psicológico (dificuldades ou atrasos no desenvolvimento de funções específicas como a fala e a linguagem, ou de funções globais como a PEA) e perturbações emocionais e comportamentais (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção - PHDA, perturbações de conduta,

emocionais). As perturbações presentes na infância são vistas como um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações típicas da idade adulta (WHO, 2001).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM-5) apresenta uma diferente organização estrutural, tendo um capítulo específico das perturbações do neurodesenvolvimento, que como referido são desde a sua origem, um foco do trabalho no CADIn. Desta forma, as perturbações do neurodesenvolvimento representam um conjunto de perturbações que têm o seu início no período de desenvolvimento, frequentemente na infância precoce, ou seja, antes da entrada na escola. Estas perturbações caracterizam-se por défices no desenvolvimento que se refletem em dificuldades ao nível do funcionamento pessoal, social, académico ou ocupacional (APA, 2013).

Os défices apresentados nestas perturbações podem ir desde limitações globais (défices nas habilidades sociais e cognitivas), a limitações mais específicas (défices na aprendizagem e no controlo das funções executivas) e podem ocorrer em comorbidade. Atualmente o DSM-5 reconhece como perturbações do neurodesenvolvimento: PEA, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (também reconhecida como DID), Perturbação Específica da Aprendizagem (também conhecida como Dificuldades de Aprendizagem Específicas - DAE), PHDA e Perturbações da Coordenação Motora (PCM) (APA, 2013).

Desta forma, o CADIn identifica como as suas metodologias de intervenção: as Perturbações do Neurodesenvolvimento, as Perturbações do Comportamento, as Perturbações do Humor e Ansiedade, as Perturbações do Sono, as Perturbações de Controlo de Impulsos e as Perturbações Comportamento Alimentar (CADIn, 2017b).

Para dar resposta a todas estas perturbações o CADIn conta com a equipa multidisciplinar, constituído por técnicos de diferentes áreas e especialidades, no sentido de adequar as intervenções e avaliações às problemáticas associadas a cada faixa etária (CADIn, 2017b).

Desta forma, nas idades mais baixas as intervenções disponibilizadas são: intervenção cognitivo-comportamental; psicomotora; de autorregulação do comportamento; treino parental; terapia da fala; treino de competências sociais; desenvolvimento de competências pré-académicas e treino de competências funcionais (CADIn, 2017b). Paralelamente a estas intervenções o CADIn desenvolveu um programa de IP, CADIR, que se baseia no modelo de intervenção DIR *Floortime* (Desenvolvimento, Diferenças Individuais e Relação), este é direcionado para crianças que apresentam sinais de

Perturbação da Relação e Comunicação ou do Espectro do Autismo e que tenham idade inferior a quatro anos (CADIn, 2017k).

Na idade escolar as intervenções e avaliações realizadas focam-se principalmente a nível das aprendizagens, do comportamento e saúde mental. Sendo as intervenções realizadas: cognitivo-comportamental (trabalha capacidades de autorregulação do comportamento e das emoções); intervenção psicopedagógica (trabalha a área da leitura, escrita, matemática e os métodos e hábitos de estudo); intervenção psicomotora; treino parental e intervenção familiar; terapia da fala; treino de competências sociais e treino de competências funcionais (CADIn, 2017b).

Na adolescência e idade adulta é possível encontrar intervenção: psicoterapêutica; socioprofissional; de transição para a idade adulta e preparação para o trabalho; *coaching*; intervenção familiar; nas perturbações do humor e da ansiedade; treino métodos e hábitos de estudo; desenvolvimento de competência funcionais e de autorregulação do comportamento (CADIn, 2017b).

Ainda nesta faixa etária o CADIn desenvolveu os programas redes ativas e “a par e passo”. O primeiro destina-se a jovens entre os 14 e os 23 anos com dificuldades de socialização, e visa aumentar a autonomia destes jovens nas atividades de vida diária, na socialização, na comunicação e no emprego, desta forma o CADIn procura com este programa criar um espaço onde estes jovens possam experimentar atividades lúdicas, desportivas e culturais em interação com a comunidade e com recurso ao trabalho em equipa (CADIn, 2017l). O segundo é direcionado a jovens adultos entre os 18 e os 35 anos com necessidades especiais consequentes de perturbações do neurodesenvolvimento /saúde mental e que se encontrem sem ocupação (trabalho ou formação), este programa conta com ajuda de voluntários que se tornam amigos e mentores e que através da realização de atividades conjuntas procuram combater o isolamento e promover a inclusão do seu beneficiário (CADIn, 2017a).

### **Psicomotricidade no CADIn:**

O CADIn tem especial atenção às crianças com DA e/ou atrasos na aquisição de competências, da infância à idade adulta. Desta forma, no CADIn, os técnicos de psicomotricidade fazem-se representar por TSEER e por Psicomotricistas, estando presentes em diferentes áreas de intervenção no sentido de dar resposta às necessidades de todos os utentes. Assim, existem técnicos da área especializados em perturbações dentro do apoio psicopedagógico, do treino comportamental e da IP (Equipa técnica do CADIn, 2005).

No apoio psicopedagógico, as crianças frequentemente apresentam DA, às quais é comum estarem associadas falhas ao nível do desenvolvimento psicomotor que se podem refletir em dificuldades na aquisição das competências de leitura, escrita, cálculo ou raciocínio matemático. Neste sentido, uma avaliação e intervenção que inclua a psicomotricidade, permite trabalhar estes aspetos específicos e que estão a ter impacto nas aprendizagens, assumindo desta forma, a intervenção psicomotora um importante papel na promoção das aprendizagens escolares. A intervenção psicomotora é uma alternativa ao típico trabalho de secretária, através de atividades lúdicas e multissensoriais que promovem funções cognitivas e metacognitivas da atenção, perceção, planeamento e memória (Equipa técnica do CADIn, 2005).

Relativamente ao treino comportamental, no CADIn esta atende uma variedade de perturbações comportamentais e emocionais com ou sem diagnóstico estabelecido, sendo referido pela Equipa Técnica do CADIn (2005) que a problemática mais comum é a PHDA, que surge frequentemente em comorbilidade com outras perturbações. Nesta área do desenvolvimento, o CADIn recorre à intervenção psicomotora em idades mais baixas (aproximadamente até ao fim do primeiro ciclo) assumindo a psicologia um papel central na adolescência e idade adulta. A intervenção psicomotora procura através do jogo e do movimento, numa abordagem lúdica e corporal, reeducar os domínios cognitivo, comportamental e emocional. Potencializado a modificação comportamental, a adequação de atitudes aos diferentes contextos da vida da criança e a melhoria do processo de aprendizagem (Equipa técnica do CADIn, 2005).

No CADIn as problemáticas mais frequentemente acompanhadas ao nível da IP são as PEA e as DID. Neste contexto a intervenção psicomotora permite criar canais de comunicação com as crianças, potencializando a proximidade corporal, a imitação, a expressão simbólica, uma relação mais ajustada com os objetos, funcionando como uma componente estruturante da atividade psíquica (Equipa técnica do CADIn, 2005).

Nas PEA a intervenção psicomotora permite através da linguagem não-verbal explorar diferentes formas de comunicação, provocando o desejo de comunicar na criança, permite também através da exploração sensorio motora criarem-se bases para o surgimento da linguagem. Além disto, a intervenção psicomotora permite também promover a organização do pensamento, através das experiências vivenciadas na relação com o terapeuta e os objetos, o que permite à criança desenvolver a sua noção do corpo e a estruturação do espaço e do tempo que o envolvem, estas aquisições permitem que a criança encontre os seus ritmos e os do mundo externo e se adapte (Equipa técnica do CADIn, 2005).



Nas crianças com DID o desenvolvimento psicomotor encontra-se bastante alterado, particularmente ao nível da generalização de padrões motores. A intervenção psicomotora procura modificar as funções mentais perturbadas através da mediação corporal, da expressão simbólica e das funções voluntárias de controlo. Tendo como objetivo final melhorar a relação do indivíduo com o contexto, estimulando o seu processo de maturação (Equipa técnica do CADIn, 2005).

## **2) Realização da Prática Profissional**

---

Neste capítulo será apresentado o processo de estágio, ou seja, os objetivos, o horário os casos acompanhados e os estudos de caso selecionados, bem como outras atividades desenvolvidas neste contexto.

Assim, estágio teve início em Outubro de 2017 e terminou no fim do mês de Junho de 2018. O primeiro contacto com o CADIn deu-se através de uma reunião de apresentação entre todas as estagiárias curriculares e a coordenadora de estágios, onde foi apresentada a visão e missão do CADIn e explicado o funcionamento dos estágios na instituição.

Durante o primeiro mês de estágio o principal objetivo foi o meu acolhimento por todos os técnicos do CADIn, apresentação a técnicos e famílias, a elaboração de um contrato de aprendizagem e a construção do horário de estágio que foi ao longo do estágio sendo adaptado sempre que necessário, como será referido mais à frente.

O contrato de aprendizagem foi estabelecido entre os estagiários e o CADIn, e apresentava as atividades previstas a serem realizadas na instituição e pelos estagiários, os objetivos do estágio e as diferentes fases de aprendizagem. Foi estabelecido como principal objetivo do estágio: “.... o desenvolvimento e preparação do aluno para a entrada no mundo do trabalho visando atingir o máximo nível de autonomia possível nas áreas de avaliação, análise e interpretação de casos clínicos, planeamento da intervenção, intervenção, raciocínio clínico e comunicação profissional.” (Contrato de Aprendizagem CADIn, 2017, anexo A)

Nos primeiros meses de estágio o objetivo principal foi a observação de intervenções e avaliações, tendo sido uma observação participada com discussão dos casos junto das técnicas responsáveis pelos mesmos e elaboração de relatórios de observação. De forma progressiva, foi sendo proposto à estagiária o planeamento de atividades nas intervenções e a aplicação de itens de teste nas avaliações.

Com a continuada aquisição de autonomia e compreensão dos casos e instrumentos utilizados, foram propostas o planeamento de sessões e a realização de avaliações, relatórios e entregas de avaliações. Devido à natureza da instituição as intervenções e avaliações foram sempre feitas de forma supervisionada.

## 2.1) Horário de Estágio

O horário de estágio foi construído em conjunto com a orientadora local, em parceria com os outros profissionais da área. O horário estabelecido inicialmente foi posteriormente reorganizado no sentido de permitir à estagiária que acompanhasse mais casos e diferentes áreas de intervenção, existindo também observações de sessões ou avaliações fora do horário definido. O estágio ocorreu entre os polos de Cascais e Lisboa, estando em Lisboa à segunda-feira e nos restantes dias de estágio no polo de Cascais.

Durante o estágio foi possível acompanhar avaliações e intervenções nas áreas de treino comportamental, apoio psicopedagógico e IP com TSSER, havendo ainda oportunidade de observar uma avaliação psicomotora com uma Psicomotricista, uma avaliação cognitiva junto de uma psicóloga e consultas de pedopsiquiatria.

Além das sessões e avaliações, semanalmente realizou-se uma reunião com os orientadores locais, no sentido de discutir temas e casos e de três em três semanas foi realizada uma reunião com a coordenadora de estágios da instituição onde eram feitas reflexões sobre o estágio e discutidos casos.

O CADIn convidou ainda os estagiários a estarem presentes nas suas reuniões de equipa, havendo uma com periodicidade semanal, realizada às terças e outra com periodicidade quinzenal, realizada às quintas. Estive presente sempre que me foi possível presencialmente ou via *Skype*.

Na tabela 1 encontra-se apresentado um horário-tipo com as principais sessões acompanhadas ao longo do estágio.

**Tabela 1) Horário-tipo de estágio.**

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8:30 – 9:00			D. - PEA		
9:00 - 9:30	Avaliações, entregas e cotações				D. - PEA
9:30 - 10:00					Avaliações, cotações e pesquisa
10:00 – 10:30			F. DID		
10:30 – 11:00					
11:00 – 11:30					
11:30 – 12:00					
12:00 – 12:30			Reunião orientador		
12:30 – 13:00	V. DAE				
13:00 – 13:30		Reunião equipa	Reunião coordenador <sup>2</sup>	Reunião equipa <sup>1</sup>	
13:30 – 14:00	G. DAE				
14:00 – 14:30					
14:30 – 15:00	M. DAE				
15:00 – 15:30					
15:30 – 16:00	T. DAE				
16:00 – 16:30					
16:30 – 17:00					M.
17:00 – 17:30					
17:30 – 18:00					A.C.
18:00 – 18:30					
18:30 – 19:00					
19:00 – 19:30					L.

Nota: <sup>1</sup>periodicidade quinzenal; <sup>2</sup>periodicidade trissemanal.

## 2.2) Caracterização dos Contextos de Intervenção

No CADIn a intervenção ocorreu de forma geral em gabinete, estes encontram-se equipados com secretária, cadeiras e computador, existindo outros materiais ou mobiliário de acordo com a população que recebe.

Nos gabinetes onde decorreram as sessões acompanhadas estava presente uma zona dedicada aos mais novos, com mesa e cadeiras mais pequenas, jogos e brinquedos, variando estes de acordo com as áreas e idades de intervenção. No gabinete dedicado à IP era comum encontrar materiais de estimulação psicomotora e do desenvolvimento global (e.g.: bonecas, jogos faz de conta, puzzles, plasticina), no gabinete dedicado ao apoio psicopedagógico estavam presentes materiais de estimulação do raciocínio lógico, praxia fina e linguagem escrita e verbal. No gabinete utilizado pela técnica da

área do treino comportamental, havia jogos e atividades que procuram estimular a atenção e o controlo de impulsos e jogos faz de conta.

O CADIn conta ainda com dois ginásios, um no polo de Cascais e outro em Setúbal, que são principalmente utilizados pelo programa CADIr, estando, contudo, disponível para todos os técnicos. Durante o estágio foi possível participar em intervenções no ginásio de Cascais. Este é rico em materiais de estimulação psicomotora, podendo encontrar materiais como: arcos, bolas, piscina de bolas, casa, escorrega, trampolim, materiais de construção, entre outros.

## **2.3) Processo de Intervenção**

O processo de intervenção desenvolvido durante o estágio, incluiu as vertentes de avaliação e intervenção de casos clínicos. Em todos os casos acompanhados, foi pedida autorização dos pais para a minha presença, bem como o consentimento da criança, esta autorização era feita presencialmente, não sendo prática da instituição a elaboração de consentimentos escritos.

Nos tópicos seguintes apresento o principal trabalho acompanhado ao nível da avaliação e intervenção. Sendo abordados por último os estudos de caso selecionados.

### **2.3.1) Avaliação**

No CADIn os pedidos de avaliação podem surgir de um pedido dos pais ou de um médico. Quando solicitada pelos pais, esta passa por um processo de triagem, onde o técnico responsável por cada polo contacta a família para compreender as queixas e encaminhar o caso para o técnico mais adequado. O técnico escolhido, irá posteriormente combinar com a família a melhor data para o início da avaliação, podendo esta realizar-se em uma ou mais sessões de acordo com o ritmo e desempenho da criança. A avaliação é geralmente realizada por dois ou mais técnicos.

A avaliação inicia-se com uma entrevista aos pais, onde são recolhidas informações sobre o impacto dos sintomas e a história do desenvolvimento da criança, o que permite a seleção de instrumentos e a construção da avaliação. De forma geral, são também utilizados questionários para pais e professores, que permitem recolher informação sobre a presença dos sintomas e do impacto destes nos diferentes contextos. Na avaliação com a criança, além da utilização de instrumentos e provas, o técnico mantém-se atento, realizando uma observação informal do desempenho da criança, procurando compreender melhor as dificuldades apresentadas pela criança e uma melhor interpretação dos resultados das provas aplicadas.

Ao longo do estágio foi possível observar e realizar avaliações psicopedagógicas, comportamentais, e observar uma avaliação de IP, uma avaliação psicomotora e uma avaliação cognitiva.

### Avaliação Psicomotora

A avaliação psicomotora observada foi parte de uma avaliação que pretendia despistar a presença de dificuldades psicomotoras ou da linguagem que estivessem a ter impacto nas aprendizagens de uma menina de seis anos. Esta avaliação foi realizada em parceria entre uma psicomotricista e uma terapeuta da fala. Sendo aplicados para a avaliação psicomotora os seguintes instrumentos: Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), *Developmental Test of Visual Perception* (DTVP-2; Segunda Edição, Hammil, D.; Pearson, N. e Voress, J., 1993), Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças 2 (M-ABC-2; Henderson, Sugden e Barnett, 2007; adaptado por Martins, Vasconcelos, Matias, Cardoso, Botelho e Rodrigues, 2011), atividades de recorte e desenho de si.

### Avaliação em Intervenção Precoce

A avaliação de IP observada, era para despiste de PEA, tendo sido aplicado neste caso a Escala de Desenvolvimento Griffiths (Griffiths, R., 1996; adaptado por Ferreira, Carvalhão, Gil, Ulrich e Fernandes, 2008).

### Avaliação Comportamental

As avaliações comportamentais acompanhadas foram de despiste de PHDA, tendo-se realizado sempre em parceria com psicólogos clínicos. Estas avaliações eram constituídas por duas componentes, uma comportamental e uma cognitiva. Os instrumentos variavam de acordo com a idade e a especificidade de cada caso, sendo utilizados os questionários para pais e professores - Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach e Rescorla, 2001, adaptado por Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves, 2014) e a escala de Conners (1997, adaptado por Rodrigues, 2000). Na avaliação cognitiva foi utilizada a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC III; Wechsler, 2003), e para avaliação comportamental eram utilizados os instrumentos: itens do *Cognitive Assessment System* (CAS; Naglieri, Jack e Das, 1997, adaptado por Rodrigues, 2000), Prova de cancelamento de sinais de Zazzo ou Teste de Atenção D2 (Brickenkamp, adaptado por Ferreira e Rocha, 2007) (de acordo com a idade) e teste de fluência verbal (Equipa CADIn). Durante a avaliação eram ainda realizados jogos e atividades com a criança que possibilitavam a observação informal da presença de dificuldades na manutenção da atenção e controlo de impulsos.

## Avaliação Psicopedagógica

Nas avaliações psicopedagógicas, foi possível observar um maior número de casos com uma diversidade maior de faixas etárias, pelo que os instrumentos observados e utilizados foram mais diversificados. Aqui, tive a oportunidade de acompanhar todo o processo de avaliação desde a entrevista até à entrega do relatório aos pais. Das avaliações psicopedagógicas acompanhadas a maioria foi realizada em conjunto com psicólogos clínicos que procuravam despistar dificuldades cognitivas ou com terapeutas da fala que despistavam dificuldades da linguagem. As avaliações foram sobretudo de despiste de DAE e avaliações da prontidão escolar.

Para avaliação, eram entregues aos pais e professores diversos questionários de acordo com os sintomas e a faixa etária, estes pretendiam reunir informação do desempenho da criança na escola e em casa, compreender quais as principais dificuldades, os métodos e hábitos de estudo, entre outros. Quando a criança é capaz esta preenche também um questionário sobre os seus hábitos de estudo. É também solicitada a disponibilização de alguns cadernos e/ou testes, no sentido de observar a consistência de alguns erros, bem como a organização de conteúdos nos cadernos.

Ao longo da avaliação, foram retiradas algumas informações de forma mais informal, no sentido de melhor compreender a forma como a criança organiza o seu raciocínio, onde apresenta as dificuldades durante a execução de tarefas, e quais os erros típicos que comete, podendo ser os instrumentos ajustados no decorrer da avaliação. Da avaliação formal os instrumentos com os quais tive a oportunidade de trabalhar nas avaliações psicopedagógicas foram: *Leiter International Performance Scale* (Leiter-E; Roid e Miller, 1997), *Key-Math 3* (Conolly, 2007), *Teste da Consciência Fonológica* (Equipa CADIn, 2008), *Pediatric Early Elementary Examination 2* (PEEX-2; Levine, 1996, adaptado por Núcleo de Dislexia CADIn, 2006), *Pediatric Examination of Education Readiness at Middle Childhood* (Peeramid 2; Levine, 2000, adaptado por Núcleo Dislexia CADIn, 2006), *Prova de Reconhecimento de Palavras* (Viana e Ribeiro, 2010), *Inventário de ortografia informal* (Núcleo dislexia CADIn, 2005), *Beery Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration* (VMI; Beery, Beery 35 e Buktenica, 2004), *Bateria de Provas do Pré-Escolar* (Cruz, 1985, adaptação portuguesa 1996), *Bateria de Avaliação da leitura em português europeu* (ALEPE; Sucena e Castro, 2011), *Teste informal da avaliação da leitura* (Núcleo das Dificuldades de Aprendizagem do CADIn, 2005), *Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português*, (PALPA-P; Kay, Lesser e Coltheart, adaptado por Castro, Caló e Gomes, 2007).

Dentro de uma avaliação acompanhada no âmbito do apoio psicopedagógico tive a oportunidade de assistir à aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição (WISC III) aplicada por uma psicóloga clínica. Foi ainda possível observar a aplicação e ajudar na cotação das provas cognitivas das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven, Raven e Court, 2000) e Figura de Rey (Rey, 1998) em avaliações dentro da área treino comportamental e do apoio psicopedagógico. Todos os instrumentos são descritos no anexo B.

Na tabela seguinte estão resumidas as avaliações acompanhadas.

**Tabela 2) Resumo das avaliações acompanhadas.**

<b>Caso</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Tipo de Avaliação</b>
F.M.	Masculino	8 anos	Despiste de PHDA
A.	Masculino	10 anos	Pedagógica
M.C.	Feminino	7 anos	Pedagógica e Cognitiva
J.	Masculino	10 anos	Pedagógica
R.B.	Feminino	12 anos	Pedagógica
D.B.	Feminino	11 anos	Pedagógica
D.S.	Masculino	7 anos	Despiste PHDA
S.	Masculino	3 anos	Despiste PEA
I.	Feminino	6 anos	Psicomotora
R.C.	Masculino	8 anos	Despiste PHDA
L.	Feminino	8 anos	Pedagógica
M.B.	Masculino	8 anos	Pedagógica

### **2.3.2) Intervenção**

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar três TSEER de diferentes áreas de intervenção, as áreas acompanhadas foram: Treino Comportamental, IP e Apoio Psicopedagógico. Sendo acompanhados seis casos na primeira, dois na segunda e quatro casos na última.

No caso da IP, dada a baixa idade dos casos acompanhados os pais encontravam-se presentes na maioria das sessões. Assim, dos dois casos acompanhados um estava integrado no programa CADIr com diagnóstico de PEA, aqui, realizavam-se sessões de 60 minutos duas vezes por semana, repartidas entre a intervenção psicomotora e a terapia da fala ou terapia ocupacional, o trabalho desenvolvido procurava intervir junto



das principais dificuldades relacionais da criança, trabalhando em constante parceria com a família e a escola. O segundo caso acompanhado, com diagnóstico de DID, tinha como objetivo principal a promoção do desenvolvimento global, centrando-se o trabalho na estimulação das capacidades psicomotoras e cognitivas, com recurso a jogos simples e atividades lúdicas próprias da idade.

Na área do treino comportamental, dois dos seis casos observados foram sessões pontuais nas quais tive oportunidade de estar presente, e um outro caso teve alta a meio do período de estágio. Foram assim acompanhados três casos do início ao fim do estágio, sendo que neste contexto o trabalho focou-se no desenvolvimento de competências e estratégias para a regulação do comportamento e das emoções, trabalhando-se por vezes temas específicos que estivessem a ter impacto na vida da criança. Os recursos utilizados foram atividades lúdicas onde de forma direta ou indireta se trabalham habilidades sociais ou temas específicos, existindo neste contexto a utilização do diálogo como um dos principais mediatizadores da reflexão e consciencialização de comportamentos e emoções.

Ao nível do apoio psicopedagógico, dois dos casos encontravam-se em idade pré-escolar e outros com idades entre os oito e os 12 anos. Nos casos com idades mais baixas procurava-se estimular as competências essenciais às aprendizagens escolares, como a motricidade fina. Nos casos com idades mais avançadas, o trabalho realizado centrava-se em ultrapassar as principais dificuldades apresentadas (treino específico nas competências em défice), ou desenvolver habilidades que permitissem à criança lidar com essas dificuldades (treino de estratégias alternativas para cumprir os objetivos académicos perante dificuldades na realização de tarefas). O trabalho realizado era feito com base em jogos e trabalhos que iam sempre ao encontro do interesse da criança e adequados à sua faixa etária, tendo-se sempre em atenção a perceção da criança sobre as dificuldades que sente precisarem de serem trabalhadas.

Em todas as áreas foi possível planear atividades para realizar e planos de sessão com casos acompanhados. Na tabela seguinte, encontram-se resumidos os casos acompanhados em intervenção ao longo do estágio.

**Tabela 3) Resumo das intervenções acompanhadas.**

<b>Caso</b>	<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Área Intervenção</b>	<b>Observações</b>
V.	Masculino	8 anos	Apoio psicopedagógico – diagnóstico DAE	
M.C.	Feminino	12 anos	Apoio psicopedagógico – diagnóstico DAE	
T.	Masculino	5 anos	Apoio Psicopedagógico - Dificuldades de motricidade fina e preparação para 1º ano	Estudo-Caso
D.	Masculino	2 anos	IP – diagnóstico de PEA (CADIr)	
F.	Feminino	3 anos	IP – diagnóstico de DID	
M.V.	Masculino	7 anos	Treino Comportamental	
A.	Feminino	6 anos	Treino Comportamental	Estudo caso
L.	Feminino	12 anos	Treino Comportamental	
J.P.	Masculino	8 anos	Treino Comportamental - PHDA	
G.R.	Masculino	10 anos	Treino Comportamental - PHDA	
J.B.	Masculino	9 anos	Treino Comportamental	
G.S.	Masculino	5 anos	Apoio Psicopedagógico - Dificuldades de motricidade fina e preparação para 1º ano	

### **2.3.3) Estudos de Caso**

Como é possível observar na tabela 3, foram selecionados dois estudos de caso, um dentro da intervenção ao nível do treino comportamental, e outro dentro do apoio psicopedagógico, mais concretamente nas dificuldades de motricidade fina e preparação para a entrada no primeiro ciclo.

De seguida serão descritos e contextualizados os estudos de caso, desde a sua apresentação e avaliação inicial, até ao processo de intervenção e avaliação final.

- **Caso 1 – A.**

#### Caracterização do Caso

A A. é uma menina de seis anos, que se encontrava a frequentar o primeiro ano do primeiro ciclo. Vive com a sua madrinha (e sobrinha do pai biológico), que vê como sua mãe, e com o companheiro e filho da sua madrinha. A A. foi adotada por esta, aos cinco meses de idade, após ter sido retirada aos pais biológicos por motivos de negligência.

O seu desenvolvimento foi marcado por uma difícil relação com os pais biológicos, a quem após ter sido retirada a guarda, foi permitida a realização de visitas semanais, após as quais é referido que a A. ficava emocionalmente instável. As visitas são descritas como difíceis, não existindo estratégias de interação entre os pais e a criança, e com estes a discutirem entre si. Contudo, novamente por motivos de suspeitas de maus-tratos e negligência física e nos cuidados de saúde, a situação é sinalizada e as visitas ficam suspensas. Desta forma, a A. é descrita desde cedo como pouco autónoma nas tarefas de vida diária, sendo referidas também dificuldades no cumprimento de regras e limites e na tolerância à frustração. Quando começou a sua intervenção no CADIn a A. apresentava um baixo desempenho psicomotor e dificuldades em algumas capacidades básicas inerentes ao bom desenvolvimento psicossocial e à aquisição de autonomia na realização de tarefas.

Do acompanhamento em consultas de Pedopsiquiatria foi estabelecido o diagnóstico de Perturbação Reativa da Vinculação, tendo antecedentes familiares de patologia psiquiátrica na mãe biológica e hábitos alcoólicos no pai, sendo também referidos défices cognitivos em ambos os progenitores.

Atualmente, foi retomado o contacto com os pais biológicos, através de visitas semanais supervisionadas e estruturadas por técnicas de ação social. Estas visitas têm a duração de uma hora, onde os pais vão buscar a A. à escola e de seguida lancham ou passeiam. Estas visitas apresentaram ao longo do estágio um aumento progressivo da autonomia dos pais, tendo iniciado como visitas supervisionadas num centro, estando no fim do estágio a ser realizadas em casa dos pais de forma supervisionada. Estas visitas objetivam o estabelecimento de uma relação saudável entre a A. e os pais biológicos, apresentando, contudo, um grande impacto emocional na criança.

A nível escolar, é de referir que quando entrou no CADIn, a A. frequentava o último ano do pré-escolar. Nesta altura, eram identificadas grandes dificuldades na autonomia, na compreensão e aquisição de padrões sociais da sua idade e na aquisição de aprendizagens. Na adaptação ao primeiro ano esta apresentou um bom ajustamento social e às regras da sala de aula, estando presentes, contudo, dificuldades nas aprendizagens, sendo referido uma necessidade de mais tempo e apoio na realização das tarefas, havendo uma maior dependência da professora para a realização de tarefas.

Em termos comportamentais, são apresentadas algumas dificuldades na gestão de emoções que se traduzem numa fraca tolerância à frustração, sentimentos de insegurança e medo de falhar. Em ambientes onde sente mais confiança observam-se

dificuldades em aceitar pedidos e seguir regras. É ainda frequente a alteração da realidade, ou seja, quando questionada sobre diversos assuntos tem tendência para fantasiar sobre aquilo que realmente aconteceu ou está planeado acontecer. Apresentando também atualmente agitação noturna (pesadelos) e episódios de enurese noturna.

A A. iniciou acompanhamento no CADIn nos primeiros meses de 2017 por orientação do pedopsiquiatra, tendo como objetivo principal a promoção do desenvolvimento global num contexto securizante. Durante o primeiro ano de intervenção foram notórias as melhorias, passando as sessões de semanais a bissemanais, no sentido de dar um maior suporte na entrada no primeiro ano.

### Procedimentos

Para a construção de um plano de intervenção, foi realizada uma avaliação inicial, que devido à presença de dificuldades em diversas áreas e à inexistência de uma avaliação formal anterior, procurou ser mais elaborada, recorrendo-se a aplicação de diversos instrumentos e contando com a colaboração da estagiária de psicologia clínica, o que permitiu a construção de um perfil que possibilita uma melhor compreensão da origem e impacto das dificuldades observadas.

A avaliação foi realizada entre Janeiro e Fevereiro, ocupando uma das sessões semanais, durante algumas semanas. Neste sentido, para a avaliação da A. foram aplicados os instrumentos apresentados na tabela 4. Os resultados da avaliação encontram-se no relatório escrito e entregue aos pais disponível no anexo C, sendo de seguida apresentados de uma forma breve.

**Tabela 4) Instrumentos utilizados na avaliação inicial da A.**

<b>Avaliação Psicomotora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› M-ABC 2 - Movement Assessment Battery for Children, banda 1 - Segunda Edição (Barnett, A.; Henderson, S. e Sugden, D., 2007);</li> <li>› Bateria Psicomotora (Fonseca, V., 2010);</li> <li>› DTVP-2 - Developmental Test of Visual Perception – Segunda Edição (Hammil, D.; Pearson, N. e Voress, J., 1993).</li> </ul>
<b>Avaliação Cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Teste de Fluência Verbal;</li> <li>› CAS - Cognitive Assessment System (Das, J. e Naglieri, J., 1997);</li> <li>› Prova de cancelamento de sinais de Zazzo.;</li> <li>› Matrizes Progressivas de Raven (Raven, Raven, Court, 2000);</li> <li>› WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para crianças.</li> </ul>
<b>Avaliação Comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Observação direta do comportamento, relacionamento e comunicação em sessão;</li> <li>› Questionário de Connors para Pais e Professores, forma completa – versão revista (traduzido e adaptado por Rodrigues, A., 2000);</li> <li>› ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment - Sistema de avaliação Empiricamente Validado para Pais e Professores - Versão Portuguesa (Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves, 2014);</li> <li>› Inventário das Capacidades e Limitações – Versão Escolar (adaptado de Dowdy, 1996);</li> <li>› Escala de Avaliação do Desempenho Académico (adaptado de DuPaul, Rapport e Perriello, 1991).</li> </ul>

#### **Avaliação psicomotora**

Na tabela 5 é feita uma síntese dos resultados obtidos nas várias componentes psicomotoras avaliadas.

**Tabela 5) Avaliação do domínio psicomotor da A.**

<b>Tonicidade</b>	Observação de membros superiores de alguma resistência e rigidez em mobilizações dos membros superiores. Nas tarefas de passividade foi observada a presença de movimentos abruptos e a dificuldade de relaxação passiva dos membros. Presença de tensões e bloqueios na tarefa de paratonias dos membros superiores e inferiores que sugerem a dificuldade no acesso à descontração voluntária. Observou-se a presença de um perfil hipertônico.
<b>Equilibração</b>	Avaliado a partir do M-ABC 2. Apresentação de resultados abaixo do esperado para a faixa etária, com maior dificuldade na prova de saltar os tapetes. Observou-se na realização das provas presença de oscilações compensatórias e rigidez corporal e dificuldade em controlar a impulsividade e ao nível da organização espacial.
<b>Lateralidade</b>	Lateralidade adquirida, apresentando-se dextra em todos os níveis avaliados pela Bateria Psicomotora.
<b>Noção do Corpo</b>	Dificuldades na identificação de partes do corpo, não reproduz figuras da prova de imitação de gestos da Bateria Psicomotora. Apresenta reconhecimento de direita e esquerda após instrução. Desenho do corpo pouco investido e desproporcional, estando presentes pormenores faciais.
<b>Estruturação Espaço-Temporal</b>	Avaliada através da aplicação de tarefas da Bateria Psicomotora. Apresenta dificuldades de análise espacial e planificação motora na tarefa de organização. Na tarefa de estruturação dinâmica observa-se a aproximação à sequência apresentada com falhas na direção e posição relativa dos fósforos. Na representação topográfica estão visíveis dificuldades na transferência de dados espaciais representados para dados espaciais agidos.
<b>Motricidade Global</b>	Avaliado a partir do M-ABC 2. Apresentação de resultados dentro da média para a faixa etária, com presença de dificuldades na execução de tarefas, provenientes de um planeamento imaturo da ação.
<b>Motricidade Fina</b>	Avaliado a partir do M-ABC 2. Apresentação de resultados abaixo do esperado para a faixa etária, observando-se dificuldades na prova de desenho do percurso, onde houve frequentes ajustes da folha e da caneta.
<b>Percepção Visual</b>	Observam-se resultados de Percepção Visual Geral dentro do intervalo médio, contudo no intervalo inferior. Apresentando a componente visuomotora com um quociente de 65 (muito pobre).

### **Avaliação cognitiva**

A avaliação cognitiva incluiu a avaliação do funcionamento intelectual com recurso à WISC III, e a avaliação de algumas funções executivas. Os resultados da avaliação com recurso à WISC III encontram-se na tabela 6.

**Tabela 6) Resultados da Aplicação da WISC III no estudo-caso A.**

<b>QI de Escala Completa</b>	Médio Inferior
<b>QI Verbal</b>	Inferior
<b>QI de Realização</b>	Médio
Índice Fatorial de Compreensão Verbal	Médio Inferior
Índice Fatorial de Organização Perceptiva	Médio Inferior
Índice Fatorial de Velocidade de Processamento	Médio

Através da avaliação com a WISC III foi possível verificar a presença um funcionamento cognitivo Homogêneo, uma vez que não existem diferenças significativas entre as dimensões verbal e não-verbal (realização).

Das funções executivas verificou-se na prova de fluência verbal a presença de uma capacidade de alternância e flexibilidade mental, sem indícios de perseveração. Na prova de cancelamento de sinais de Zazzo verificou-se resultados dentro da média para a faixa etária. Das provas de Emparelhamento de Números e Reprodução de Códigos do CAS verificou-se a realização de tarefas lenta e com esforço, com procura constante de feedback positivo. Na prova de Relações Verbo-espaciais do mesmo instrumento verificou-se alguma dificuldade na concentração e participação na tarefa. Na tarefa de Atenção Expressiva foi possível observar um bom desempenho na realização da tarefa.

### **Avaliação comportamental**

Feita através da aplicação dos questionários de Conners e do ASEBA à mãe adotiva, ao seu companheiro e à professora. Através da análise dos questionários de Conners verifica-se no contexto casa a presença de valores clinicamente significativos (acima da média esperada para a idade) em comportamentos característicos de desatenção, oposição, agitação motora e impulsividade, dificuldades no relacionamento com os pares e na regulação do humor e das emoções. No contexto escolar, a professora apenas assinala a presença de valores clinicamente significativos em comportamentos impulsivos.

Da análise dos questionários ASEBA, verifica-se a identificação de dimensões clinicamente significativas ou *boderline* apenas pelo companheiro da mãe adotiva. Sendo identificados com valores clinicamente significativos as dimensões: Problemas de Atenção e comportamento agressivo. E com valores *boderline* as dimensões: Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Problemas de Pensamento e Comportamento Delinquente.

Assim, como principais conclusões da avaliação inicial, as técnicas e estagiárias envolvidas no processo de avaliação, verificaram a presença de um potencial de aprendizagem que poderá estar a ser significativamente afetado por outras condições adjacentes que se relacionam entre si, tais como dificuldades na gestão das emoções e do comportamento, labilidade emocional, fraco desenvolvimento psicomotor (com perfil hipertónico), envolvimento emocional instável e dificuldades na integração da dinâmica familiar. O que origina uma fraca capacidade de mentalização, baixa autoestima e autoconceito, bem como uma fraca disponibilidade emocional para as aprendizagens escolares.

### Enquadramento do Caso

Como observado o presente estudo de caso, tinha o diagnóstico de Perturbação Reativa da Vinculação, tendo uma história de experiências negativas emocionalmente significativas com os pais biológicos na infância precoce e atualmente. Neste sentido procurei compreender melhor a vinculação e a sua importância e os impactos adversos de experiências negativas na infância, particularmente na presença de negligência e possíveis abusos. Posteriormente, faço uma revisão sobre a perturbação e o seu possível impacto na vida da criança, nas aprendizagens e na entrada para a escola, fase na qual acompanhei o caso.

#### **A vinculação e a sua importância:**

A teoria da vinculação foi desenvolvida por Bowlby e Ainsworth (Bretherton, 1992). Esta assenta na premissa de que as crianças nascem num estado relativo de imaturidade, onde respondem de forma inata a padrões de estímulos típicos (e.g.: ao observar um par de olhos brilhantes, sorri) (Bowlby, 1958). Desta forma, considera-se que após o nascimento a criança é capaz de reconhecer o cheiro e a voz da mãe, contudo não apresenta ainda preferência por nenhum cuidador para lhe proporcionar conforto. A partir dos dois meses, as crianças começam a ser mais seletivas nos seus pedidos de conforto, conseguindo ainda acalmarem-se junto de uma variedade de cuidadores familiares. É aproximadamente entre os seis e os nove meses que dirigem os seus pedidos (Boris e Zeanah, 2005; Haugaard e Hazan, 2004), ou seja, centram as suas respostas inatas (e.g.: chorar, sorrir) numa figura em particular, geralmente a mãe, pois é esta que de forma consistente responde às necessidades da criança dando conforto e segurança nos primeiros tempos de vida (Bowlby, 1958). Esta mudança ocorre na mesma altura que a criança começa a gatinhar, resultando em comportamentos emergentes de procura de proximidade do cuidador específico (comportamentos de



vinculação), criando-se assim uma vinculação (Ainsworth, Bell e Stayton, 1969; Boris e Zeanah, 2005; Bowlby, 1958).

A vinculação, pode então, ser entendida como a ligação afetiva que uma pessoa forma entre si e outro elemento específico, que os liga no espaço e permanece no tempo (Ainsworth, 1969; Ainsworth, Bell e Stayton, 1969), resultando na organização de comportamentos por parte da criança, no sentido de alcançar a proximidade física a um cuidador preferido nos momentos em que procura por conforto, suporte, alimento ou proteção. De forma geral, a existência de uma vinculação específica ocorre na última parte do primeiro ano de vida, e é evidenciada pelo aparecimento de protestos na separação e comportamentos de alerta na presença de estranhos (Boris e Zeanah, 2005; WHO, 2004). O relacionamento que as crianças formam com a sua figura de vinculação é essencial para a sua regulação emocional e fisiológica (Haugaard e Hazan, 2004).

Assim, sabe-se que a infância é um período crítico no desenvolvimento da criança. Durante a infância, o cérebro, que tem aproximadamente um quarto do tamanho do cérebro adulto, é um dos órgãos mais subdesenvolvidos e é altamente suscetível aos efeitos positivos e negativos do envolvimento externo (Odhayani, Watson e Watson, 2013). Para um desenvolvimento positivo, este necessita de uma variedade de experiências envolvimentoais, algumas durante períodos sensíveis. Estas experiências podem ser, sensoriais, motoras, linguísticas e sociais e são principalmente fornecidas pelos cuidadores. Estas têm ainda uma influência na organização cerebral, e consequentemente um impacto na aprendizagem, no comportamento e na saúde ao longo da vida (McCain, Mustard e Shanker, 2007).

Assim, quando as mães se mostram sensíveis aos sinais da criança, tendem a ser mais acessíveis, cooperativas e aceitáveis, permitindo à criança a segurança necessária para se aventurarem na exploração do envolvimento, conseguindo experiências positivas que não são perturbadas pelas pequenas separações diárias. Gradualmente, numa relação de vinculação saudável a criança vai sendo capaz de passar um maior tempo longe do seu cuidador, sabendo que sempre que houver uma situação de alarme ou ameaça poderá reunir-se junto desta, ou seja a criança é capaz de utilizar a mãe como base segura para a exploração do envolvimento (Ainsworth, 1969; Ainsworth, Bell e Stayton, 1969).

Existe, contudo, casos onde esta relação de vinculação é comprometida, seja pela fraca responsividade da mãe, pela rutura na relação ou mesmo pela ausência desta figura. Assim, quando as crianças passam por experiências dolorosas associadas ao contacto

com a mãe ou à procura deste contacto, tendem a experienciar insegurança e conflito entre a procura de proximidade e o desejo de evitar essa proximidade, levando ao desenvolvimento de reações defensivas, (Ainsworth e Bell, 1970), inibindo atividades que promovem o crescimento, como o jogo e a exploração, e levando a criança a experienciar a desregulação de vários sistemas fisiológicos (Haugaard e Hazan, 2004), o que pode levar ao desenvolvimento de distúrbios emocionais (Bowlby, 1958).

Nos casos, onde há uma rutura ou ausência da figura de vinculação, as crianças passam por uma interferência na função do papel da vinculação no desenvolvimento (Bowlby, 1958; Bowlby, 1960), ou seja, existe uma diminuição nas experiências precoces de aprendizagem expectáveis, que podem interferir com o correto desenvolvimento cognitivo, cerebral e emocional, consistindo num risco para o desenvolvimento de psicopatologia, comum em crianças negligenciadas (McLaughlin, Sheridan e Nelson, 2017), como será abordado mais à frente.

No caso apresentado, a A. foi retirada à mãe biológica aos cinco meses, ou seja, muito perto da fase do período referido pelos autores como o período onde as crianças fixam as suas respostas num cuidador em particular, que ao longo do tempo terá sido desde logo uma figura central para a criança. Além desta rutura com o cuidador primário, existe a indicação de negligência nos cuidados da A. e a suspeita de maus-tratos (definição apresentada mais à frente) antes e depois de esta ter sido retirada aos pais biológicos, ou seja, a relação de vinculação primária terá sido comprometida.

Ainsworth desenvolveu o teste da “situação estranha” onde se pretendia avaliar a forma como uma criança utiliza a sua mãe como base segura para: a exploração do envolvimento, na sua reação perante um estranho, e na sua resposta perante uma breve ausência da sua mãe. Este teste é constituído por oito momentos com uma ordem definida nos quais a criança enfrenta um ambiente desconhecido e uma pessoa estranha, com a sua mãe presente e ausente (Ainsworth, Bell e Stayton, 1969). Através do desenvolvimento da “situação estranha” foi possível observar a presença de diferentes padrões de vinculação, podendo estes variar entre padrões de vinculação de segurança ou insegurança (WHO, 2004). Cada um destes padrões, refere-se a diferentes estratégias para a regulação emocional e estas podem ser colocadas num espectro onde num extremo se encontra a confiança nos outros e no outro a total falta desta (Balbernie, 2010).

Os padrões de vinculação seguros estão associados à representação interna do cuidador como estável, responsivo e carinhoso, neste tipo de vinculação as crianças são capazes de utilizar eficazmente a mãe como uma base de exploração do

envolvimento, recebendo o cuidador após a sua ausência de uma forma positiva, sendo capazes de o procurar para se acalmarem, regressando posteriormente ao jogo exploratório. Os padrões de vinculação de insegurança são: inseguro/ ansioso (ou ambivalente) e inseguro/ evitante. O primeiro tem uma representação do cuidador como inconsistente, apresentando relutância em deixá-lo para explorar o envolvimento, quando separadas do cuidador, estas crianças apresentam-se angustiadas, recebendo-os depois com uma mistura de procura e rejeição de contacto, apresentando dificuldades em retomar à calma e ao jogo exploratório. O segundo tem uma representação interna do cuidador como rejeitável, estas crianças envolvem-se no jogo exploratório, dificilmente ficam aflitos com a ausência do cuidador, mostrando-se por vezes mais amigáveis com o estranho, ignoram ou evitam o cuidador quando este retorna após a sua ausência (WHO, 2004).

Main e os seus colaboradores (Main e Solomon, 1986 cit in WHO, 2004) acrescentaram ainda um quarto padrão, o desorganizado/ desorientado, onde as interações das crianças para com os cuidadores são descritas como perturbadas ou hostis. Assim, as crianças mostram-se tipicamente desorientadas, podendo ser observadas nas interações como seguras, evitantes ou ainda ansiosas. Recebem o cuidador com ansiedade, evitação ou de uma forma desorientada. Este tipo de vinculação é associada a cuidadores ameaçadores, assustados ou dissociados (WHO, 2004).

No seu estudo relativo à adoção Ijzendoorn e Juffer (2006) verificaram o impacto da adoção como intervenção social para crianças que sofreram da ausência ou da rutura com os seus cuidadores. Neste sentido, os autores definem a adoção como a colocação legal permanente de uma criança abandonada, ou órfã dentro de uma família de parentesco ou de uma família fora do parentesco. Através da comparação de crianças adotadas e crianças deixadas nas instituições, os autores verificaram que a adoção pode ser considerada como eficaz enquanto intervenção social. Assim, observou-se uma recuperação significativa, em particular na área do crescimento físico. As crianças adotadas mostram também comportamentos de vinculação mais seguros e menos desorganizados. Contudo, comparativamente às crianças que vivem com os seus pais biológicos, as crianças adotadas têm resultados inferiores e a sua “recuperação” continua incompleta em alguns domínios. O principal domínio, são os comportamentos de vinculação, que apesar de terem melhorado continuam ainda mais inseguros e desorganizados em comparação aos pares e resultam num maior número de encaminhamentos para a saúde mental e de problemas de aprendizagem. Desta forma, verificou-se que as experiências de pré-adoção parecem deixar seus traços no desenvolvimento das crianças adotadas, mas também no seu relacionamento de

vinculação com os pais adotivos, além disso quanto mais tarde for a adoção mais insegurança nas relações de vinculação são encontradas (Ijzendoorn e Juffer, 2006).

### **O impacto dos maus-tratos infantis:**

Os maus-tratos infantis são os abusos ou a negligência que ocorre a menores de 18 anos, e inclui todos os tipos de maus-tratos físicos ou emocionais, abusos sexuais, negligência ou exploração, que resultam em dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2016). Nas famílias onde há maus-tratos, o cuidado parental não vai ao encontro das necessidades básicas da criança nos cuidados e proteção física, segurança emocional e interações sociais. Estes pais apresentam menos interações com as crianças e mais afetos negativos em comparação aos restantes e o sistema familiar é geralmente caracterizado pelo caos e a instabilidade (Luthar, 2006).

A negligência é a forma mais comum de abusos infantis, podendo ocorrer sob forma de negligência emocional e tem efeitos negativos a longo prazo no desenvolvimento cerebral e na saúde mental futura (Hildyard e Wolfe, 2002; Odhayani et al., 2013). Balbernie (2010) refere que uma criança a quem foi negado cuidado, que sofreu maus-tratos, indiferença e isolamento dentro de uma família, pode experienciar emoções similares às crianças que perderam os seus pais. Além disso, estas têm de lidar com o paradoxo de os pais estarem presentes, mas emocionalmente ausentes (Balbernie, 2010).

Estas crianças crescem tipicamente num envolvimento caracterizado pela ausência ou limitada disponibilidade do cuidador, que reduz a complexidade das experiências sensoriais motora e linguísticas e a oportunidade de aprendizagens, levando a uma disrupção nas aprendizagens precoces e que têm repercussões no desenvolvimento a longo prazo (McLaughlin et al., 2017). Reconhece-se assim que os maus-tratos infantis podem apresentar efeitos significativos a curto e longo prazo. Além das lesões físicas ou mesmo a morte, os maus-tratos causam stress extremo à criança (Honor, 2008; WHO, 2019), este, por sua vez leva a altos níveis de cortisol e catecolaminas que estão relacionados com a destruição de células cerebrais e a rutura das ligações cerebrais normais (Odhayani et al., 2013), o que consequentemente pode levar a perturbações no desenvolvimento precoce do cérebro (Shonkoff e Garner, 2012; WHO, 2016), afetando o desenvolvimento de outros sistemas e órgãos com funções regulatórias, como o sistema imunológico e nervoso (Shonkoff e Garner, 2012; WHO, 2016).

Este impacto no desenvolvimento do indivíduo por sua vez, está associado a mudanças potencialmente permanentes na aprendizagem (linguística, cognitiva e das habilidades sociais), no comportamento (desajustado e respostas às futuras adversidades), e na regulação fisiológica (respostas ao stress híper-responsivas ou cronicamente ativada) (Shonkoff e Garner, 2012). Assim, os resultados dos maus-tratos infantis podem repercutir-se em dificuldades académicas e abandono escolar, problemas de saúde mental, aumentos de comportamento de risco (WHO, 2019), prevalência de estilos de vida pouco saudáveis (obesidade, fumar, perpetuar ou ser vítima de violência, comportamentos sexuais de risco, gravidez não planeada e uso indevido de álcool e drogas) (Shonkoff e Garner, 2012; WHO, 2016)

As crianças sujeitas a maus-tratos infantis têm assim uma maior probabilidade de desenvolver problemas ou perturbações físicas, emocionais e comportamentais, com efeitos a longo prazo (Hall e Geher, 2003; Nemeroff, 2016; Obradović, Bush, Stamperdahl, Adler e Boyce, 2010). Um dos possíveis resultados para os maus-tratos infantis precoces é a perturbação reativa da vinculação. Esta pode ser a raiz de uma diversidade de sintomas comportamentais exibidos por uma criança que sofreu maus-tratos (Honor, 2008).

Das características apresentadas, várias se podem relacionar ao estudo de caso apresentado. Relativamente às aprendizagens, verifica-se atualmente uma dificuldade em acompanhar em turma, contudo o impacto que a perturbação terá a longo prazo na escola, só poderá ser reconhecida nos próximos anos. Em termos comportamentais, estão presentes respostas desajustadas em alguns momentos, principalmente perante a adversidade. É também de destacar a presença significativa de dificuldades na regulação ao stress, apresentando a A. como observado na avaliação psicomotora um perfil hipertónico.

### **Perturbação Reativa da Vinculação:**

A Perturbação Reativa da Vinculação é caracterizada no ICD-10 pela presença de um padrão atípico nos relacionamentos com os cuidadores que se desenvolve antes dos cinco anos de idade, e que envolve características de desadaptação que geralmente não encontramos nas crianças com um normal desenvolvimento, sendo estas persistentes e reativas o suficiente para provocarem mudanças nos padrões de educação. Estas crianças podem apresentar uma falta de responsividade ao conforto, e uma perturbação emocional associada em forma de apatia, angústia ou medo. A perturbação surge maioritariamente de uma relação gravemente desajustada dos

cuidados, que pode assumir a forma de abusos ou negligência psicológica ou física (WHO, 1992).

No DSM-5 esta é caracterizada pelo desenvolvimento inapropriado de comportamentos de vinculação, nos quais a criança raramente ou nunca mostra uma preferência por uma figura de vinculação para o conforto, suporte, proteção e cuidados. A principal característica é a ausência ou o fraco desenvolvimento da vinculação entre a criança e o suposto cuidador, considerando-se que estas crianças são capazes de fazer uma vinculação seletiva, contudo, devido às limitadas oportunidades durante o desenvolvimento precoce, estas falham em mostrar o comportamento de vinculação seletiva, ou seja, quando estas ficam angustiadas, não mostram esforços consistentes para a obtenção de conforto, suporte, cuidado ou proteção dos cuidadores (APA, 2013).

Desta forma, a perturbação está associada com a ausência da procura por conforto/consolo e da resposta aos comportamentos de consolo. Estas crianças mostram poucas ou nenhuma expressões de emoções positivas durante as interações nas rotinas com os cuidadores, e a sua capacidade de regulação das emoções está comprometida, estando presentes episódios de emoções negativas de medo, tristeza ou irritabilidade que não têm uma explicação direta. A prevalência é desconhecida, mas a perturbação aparenta ser relativamente rara nos contextos clínicos (APA, 2013).

Os critérios de diagnóstico para a perturbação reativa da vinculação do DSM-5 estão apresentados na tabela 7.

**Tabela 7) Critérios de Diagnóstico do DSM-5 para a Perturbação Reativa da Vinculação.**

<b>Critério A</b>	Presença de um padrão consistente de comportamentos de inibição e isolamento emocional perante os cuidadores, manifestado por:	Fraca ou ausente resposta ao conforto quando angustiada
		Fraca ou ausente procura de conforto.
<b>Critério B</b>	Presença de uma perturbação emocional e social persistente caracterizada pelo menos por duas das seguintes características:	Responsividade social e emocional mínima para com os outros.
		Afeto positivo limitado.
		Episódios de irritabilidade, tristeza ou medo inexplicáveis e que são evidentes mesmo durante interações com os cuidadores que não são ameaçadores.
<b>Critério C</b>	Experiência por parte da criança de pelo menos um dos padrões extremos de cuidados insuficientes:	Negligência social ou privação persistentes de uma falta de resposta a necessidades emocionais básicas de conforto, estimulação e afetos por parte dos cuidadores.
		Alterações repetitivas de cuidadores primários que limitam as oportunidades de formar uma vinculação estável.
		Crescimento em contextos incomuns que limitam severamente as oportunidades de formar uma vinculação seletiva.

Nota: adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Para o diagnóstico a criança tem de ter capacidade desenvolvimental de fazer vinculação seletiva, assim, as características clínicas da perturbação manifestam-se de uma forma similar entre os nove meses e os cinco anos. Não é claro se esta perturbação ocorre em crianças mais velhas e, se ocorre, como difere o seu fenótipo comportamental das crianças mais novas (APA, 2013), posto isto, a APA (2013) sublinha a importância de um diagnóstico cuidado em crianças maiores de cinco anos.

Kemph e Voeller (2013) referem que os sintomas da perturbação transitam para a adolescência, sendo que é possível a realização do diagnóstico da perturbação nesta idade, se o adolescente apresentar relações sociais significativamente perturbadas e inapropriadas na maioria dos contextos, comprovando-se que estas dificuldades tiveram início na infância precoce, sendo reconhecido que neste período passou por cuidados patogénicos dos cuidadores ou vivenciou uma relação perturbada com os cuidadores primários.

Contudo, nesta idade, é pouco provável encontrar este diagnóstico na ausência de outro em comorbilidade. Assim, a Perturbação reativa da vinculação coloca a criança em risco de desenvolver outras psicopatologias ao longo do seu desenvolvimento, tais como:

PHDA, Perturbação de Oposição e Desafio, Stress Pós-traumático, Perturbação do Humor e Perturbação da Conduta (Kemph e Voeller, 2013).

Corroborando estas informações outros autores associam frequentemente a perturbação a: problemas de comportamento, problemas sociais, isolamento, queixas somáticas, ansiedade/ depressão, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente e agressivo (Hall e Geher, 2003; WHO, 1992) e atrasos cognitivos e da linguagem (APA, 2013). Sendo possível encontrar nas crianças com Perturbação Reativa da Vinculação interesse nas interações com os pares, no entanto, o jogo social é impedido devido à presença de repostas emocionais negativas (WHO, 1992).

### **O impacto na escola e as intervenções:**

Para um bom desempenho académico, as crianças além de apresentarem competências cognitivas e linguísticas, têm também de ter presentes competências não-académicas que lhes permita regular o comportamento, adaptarem-se a novas situações e resolver problemas de forma criativa. Sendo importante que as crianças apresentem níveis aceitáveis de motivação e envolvimento comportamental nas atividades escolares (Manly, Lynch, Oshri, Herzog e Wortel, 2013).

As crianças com diagnóstico de Perturbação Reativa da Vinculação estão primariamente preocupadas com temas internos de segurança, proteção e confiança. As preocupações da criança sobre a sobrevivência e a grande hiper-vigilância vão contra as habilidades organizacionais necessárias ao funcionamento escolar. Estas crianças apresentam assim um comprometimento na capacidade de regular as suas emoções (Schwartz e Davis, 2006). Blair (2002) refere que a reatividade emocional tem um papel no desenvolvimento e integridade do funcionamento cognitivo executivo. Desta forma, as crianças caracterizadas pela emotividade negativa têm maior probabilidade de experienciar dificuldades na aplicação de processos cognitivos de nível superior, simplesmente porque as suas respostas emocionais não recorrem ao planeamento reflexivo ou a resolução de problemas, encontrando-se estas habilidades subutilizadas e consequentemente subdesenvolvidas (Blair, 2002).

Além disto, as dificuldades na regulação das emoções podem levar a dificuldades na gestão do comportamento quando a gratificação não é imediata, o que pode desencadear sentimentos de rejeição provocando a um estado de ansiedade na criança (Schwartz e Davis, 2006). Na relação com os professores estas crianças tendem a exibir mais comportamentos de procura de atenção, de dependência exagerada e emocional em comparação com os pares (Blair, 2002; Schwartz e Davis, 2006), o que



vai ao encontro do referido pela professora da A., de que esta apresentaria maior dependência de si para a realização de tarefas. A relação com os pares é frequentemente caracterizada por fracos relacionamentos (Haugaard e Hazan, 2004).

Assim, na escola a intervenção com crianças diagnosticadas com Perturbação Reativa da Vinculação passa pela criação de um envolvimento de aprendizagem estável e segura que potencialize os sentimentos de confiança e segurança na criança. A par disto, é importante o trabalho na regulação das emoções e ações da criança (Floyd, Hester, Griffin, Golden e Canter, 2008; Schwartz e Davis, 2006).

Nas intervenções com estas crianças fora do ambiente escolar e neste, o objetivo é dar à criança uma fonte de segurança emocional, oportunidades de experiências sociais corretivas e de melhorar habilidades sociais (Haugaard e Hazan, 2004). Desta forma, a intervenção junto dos sintomas da perturbação e dos comportamentos relacionados tende a focar-se em várias áreas, tais como: melhorar as atuais relações de vinculação, criar relações de vinculação e reduzir sintomas e comportamentos problemáticos. (Hardy, 2007).

No sentido de desenvolver a capacidade de regular a resposta afetiva a estímulos externos, estas intervenções devem incorporar altos níveis de consistência e interação refletiva no sentido de proporcionar uma estrutura externa para experiências afetivas (Hardy, 2007). Além disso, Floyd et al. (2008) refere a importância de trabalhar o autocontrolo, o autoconceito, a autoestima com estas crianças, permitindo aumentar o seu funcionamento global.

### Plano de Intervenção

Após a realização da avaliação e discussão de resultados, foi estabelecido o plano terapêutico e as principais recomendações para os pais e professores no relatório de intervenção elaborado.

Como anteriormente referido, a A. tinha sessões bissemanais, estando eu presente apenas em uma sessão por semana. O período de intervenção foi de aproximadamente três meses, sendo que com base nos vários objetivos estabelecidos no plano de intervenção, foram estabelecidos objetivos de curto prazo, direcionados para o desenvolvimento do autoconhecimento, autoconceito e comportamentos pró-sociais e da promoção da autoestima. Assim os objetivos gerais e específicos a desenvolver durante o período de estágio foram:

**Comportamental** – Desenvolver a capacidade de autorregulação do comportamento e das emoções.

- Identificar comportamentos desajustados, sendo capaz de os adequar pelo conhecimento de comportamentos alternativos e ajustados;
- Aumentar a compreensão e cumprimento de regras nos contextos em que se encontra;
- Adquirir competências de planeamento, organização e auto-monitorização das tarefas.

**Pessoal e Social** - Melhorar as suas competências pessoais e sociais.

- Adquirir a capacidade reconhecimento de estados emocionais em si, associando-os ao motivo do aparecimento dos mesmos;
- Conhecer e utilizar estratégias de autorregulação de estados emocionais;
- Aumentar o seu autoconceito (aumentar o conhecimento sobre si; identificar os seus sentimentos, emoções e pensamentos; reconhecer o seu envolvimento social e emocional);
- Melhorar a sua autoestima (construir uma imagem positiva de si; aumentar a confiança nas suas competências; diminuir a insegurança e o receio em falhar);
- Compreender a sua dinâmica familiar, integrando o papel emocional e social de cada pessoa;
- Aumentar a verbalização de situações de natureza afetiva (verbalizar e partilhar o que sente; associar sentimentos e emoções a situações que lhes correspondem; demonstrar afeto);
- Melhorar a capacidade de interação com o outro através da partilha, da conversação e da expressão não-verbal (verbalizar mais vezes a sua opinião, expressar sentimentos e emoções, partilhar interesses);

**Psicomotor** - Melhorar a noção e imagem do seu corpo (conhecer os seus limites e tensões corporais; melhorar a sua representação corporal).

No sentido de melhor contextualizar o trabalho realizado e o papel da intervenção psicomotora neste caso, procurei fazer uma breve revisão e relacionado da intervenção psicomotora com o caso apresentado. Assim, a intervenção psicomotora assume uma perspetiva holística do ser humano, onde as potencialidades motoras, emocionais e

mentais estão em constante interação e integração, sendo através do corpo que os vários domínios do sujeito se expressam, assim, a intervenção psicomotora permite a compreensão do funcionamento do sujeito como um todo, nos diversos domínios comportamentais (Fonseca e Martins, 2001).

Esta é uma prática de mediação corporal que recorre ao movimento e ao diálogo tónico emocional (Fonseca e Martins, 2001). Entenda-se por diálogo tónico-emocional o diálogo intersubjetivo que ocorre entre dois indivíduos em interação, na ligação com os sinais corporais, motores e emocionais suportados através da sua relação. Este diálogo tónico-emocional aparece durante o período de desenvolvimento infantil, através da relação tónica mãe-criança (European Forum of Psychomotricity [FEP], 2019)), e permite a organização da identidade (Costa, 2003). Em psicomotricidade, as perturbações tónico-emocionais relacionam-se com a expressão de uma reação emocional ausente ou incontrolável a uma situação inconsciente que gera ansiedade no sujeito. A presença de uma tensão corporal, gestos contidos, mímica tensional e o bloqueio da respiração são sinais da presença de um distúrbio tónico-emocional (FEP, 2019). Desta forma, conseguimos melhor compreender a relação entre o diagnóstico e os sintomas apresentados pela A. e a importância da intervenção psicomotora.

A aprendizagem parte do corpo para se integrar autonomamente na mente, assim a intervenção psicomotora valoriza o movimento e a experiência corporal para a construção da própria identidade, ou seja, a intervenção psicomotora procura fazer uma ponte entre o corpo e a mente, as sensações e as emoções, o pensamento, a linguagem verbal e não verbal, sendo todas estas expressas no corpo e pelo corpo (Boscain, 2003).

Desta forma, através da intervenção psicomotora não só é possível recriar as experiências vividas na relação mãe-bebe ou que foram perturbadas ao longo do desenvolvimento, permitindo desta forma a procura da expressão e da resolução de conflitos e a procura de soluções perante dificuldades relacionais ou funcionais (Boscain, 2003), sendo estes aspetos importantes no caso supramencionado, não só pela resolução de conflitos que provocaram perturbações tónico emocionais (como verificado na avaliação psicomotora), mas pela resolução e promoção do desenvolvimento da identidade da criança.

Além disso, a importância dada aos objetivos psicomotores, que se centram neste caso na melhoria da noção e imagem corporal, vão ao encontro da literatura, que refere que a imagem corporal tem por base o conhecimento que temos do nosso corpo e o pensamento que formamos acerca dele. Este é influenciado pelo envolvimento físico e social (pelos pais, pares, entre outros) em que estamos inseridos, assim a capacidade

que temos de o utilizar para experienciar e explorar o envolvimento, permite o desenvolvimento do pensamento simbólico, que por consequência se estiver comprometido pode levar a dificuldades em compreender as emoções, as relações, o tempo, o espaço e a sentimentos de angústia (Costa, 2003).

Desta forma, no período de intervenção foram elaborados planos de sessão, que procuraram trabalhar os objetivos previamente definidos. As sessões seguiam geralmente sempre o mesmo modelo, onde havia um momento de diálogo inicial, em que se questionava à A. sobre a sua semana, sobre as principais novidades, criando-se um espaço onde esta podia partilhar tudo o que quisesse. De seguida, realizavam-se as atividades planeadas acompanhadas de momentos de reflexão sempre que necessário. As sessões realizaram-se em contexto de sala e de ginásio.

Ao longo deste processo, a A. apresentou-se disponível na criação de uma relação empática criando resistências quando confrontada com temas emocionalmente significativos, sendo por isto realizadas adaptações aos planos de intervenção no sentido de ir ao encontro do seu ritmo e da sua disponibilidade emocional. Com o objetivo de aumentar a sua motivação e disponibilidade para as tarefas, procurou-se trabalhar os objetivos através de atividades motoras e lúdicas, às quais esta aderiu com maior facilidade e empenho. Para potencializar a sua participação nos momentos de reflexão estes eram mais curtos e realizados alternadamente com as atividades. Ao longo das sessões foi verbalizado pela A. alguma insegurança e receio na realização de tarefas, neste sentido foi utilizado como recurso o feedback positivo, a experiência partilhada e a demonstração.

Na tabela 8 encontra-se um plano sessão da A. em contexto de ginásio, estando outros exemplos apresentados no anexo D.

**Tabela 8) Plano de sessão da A. de dia 8 de Junho 2018.**

<b>Tempo (em min.)</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiais</b>
5'	Conversa Inicial: escreve-se a data e questiona-se sobre os principais acontecimentos da semana, havendo um espaço para a A. contar tudo o que quiser.	Promover a reflexão dos acontecimentos que tiveram maior impacto sobre si. Promover a verbalização de emoções e situações significantes.	-
45'	São montados cinco circuitos ( <i>twist</i> , barras com corda para passar por cima/baixo, circuito de arcos – passar os arcos pelo corpo começando por um braço, enquanto está de mãos dadas aos adultos presentes na sessão; jogo seguir os sons), por cada “desafio” ultrapassado a A. recebe dois <i>emojis</i> , aos quais atribuirá uma emoção, sendo depois questionada sobre quais os sintomas físicos que pode sentir quando sente essa emoção, e em que momentos a pode sentir.	Promover a reflexão sobre si e sobre o impacto das emoções em si. Aumentar o conhecimento sobre os sintomas físicos das emoções, aprendendo a identificar as diferentes emoções. Promover a reflexão sobre o impacto das emoções nas suas atitudes. Desenvolver a integração do “eu” e das relações estabelecidas com o envolvimento e os outros.	Post-it com <i>emojis</i> e materiais para circuitos.

### **Apresentação e Análise de Resultados**

Para avaliação final, e devido à extensão da avaliação inicial e do curto período de intervenção, foi realizada uma avaliação informal, que teve por base a análise das observações realizadas ao longo das sessões, bem como dos comportamentos e das melhorias sentidas ao longo do período de intervenção. Para efeitos de avaliação considerou-se ainda a avaliação da escola relativa ao progresso da A.. Os resultados e a sua análise, bem como o estabelecimento de algumas conclusões e recomendações foram apresentadas no Relatório de Processo de Intervenção entregue à mãe adotiva no final do estágio, presente no anexo E.

Assim, da análise das observações feitas (ao longo das sessões era realizada após as mesmas uma discussão das principais observações realizadas por ambas durante a sessão, permitindo melhor ajustar o plano de sessão seguinte), verificou-se que ao longo do processo de intervenção houve um aumento da confiança e segurança da A. nas sessões, demonstrando uma melhoria na capacidade de pensar e falar sobre si e sobre temas com impacto emocional significativo, mostrando-se a A. motivada e empenhada em melhorar a cada sessão. Assim, foi possível observar:

- Melhoria da capacidade de reflexão sobre os seus comportamentos, procurando compreender se são ou não adequados e o porquê, assim como procurar com ajuda comportamentos alternativos;
- Progressiva utilização autónoma de estratégias previamente trabalhadas para o planeamento e realização de tarefas;
- Aumento do nível de confiança e disponibilidade no contexto de sessão para partilhar e falar abertamente sobre temas com maior impacto emocional;
- Diminuição da resistência nas tarefas que envolvem a reflexão sobre si, os seus comportamentos e atitudes, os seus sentimentos e os seus sonhos;
- Aumento do reconhecimento de emoções e da sua expressão em si e nos outros.

Da avaliação final da escola são identificados pela professora a presença de “bastantes progressos” (sic) tendo a A. alcançado os objetivos propostos para o terceiro período do primeiro ano num nível suficiente nas áreas disciplinares e não disciplinares. São ainda referidas a presença de dificuldades de concentração e em acompanhar o ritmo da turma.

Neste contexto, foi possível observar que a intervenção psicomotora e o trabalho da professora e dos pais adotivos estará a ter um impacto positivo no desenvolvimento de competências psicossociais e emocionais que se apresentam com lacunas no caso da A.. Apesar do curto período de intervenção, foi possível verificar que um trabalho continuado dirigido aos objetivos propostos, permitirá criar competências que irão potencializar o bom desenvolvimento e as aprendizagens escolares.

Acredito ser importante que este acompanhamento se mantenha no tempo, seguindo o desenvolvimento da A. no sentido de lhe trazer estratégias para ultrapassar os desafios colocados pelas diferentes fases do desenvolvimento infantojuvenil. A A. e a sua família iriam também beneficiar se este acompanhamento fosse alargado à família, trabalhando com estes a compreensão do fenótipo comportamental e das dificuldades apresentadas pela criança e passando-lhes estratégias para a regulação das relações com a A.

Foi assim recomendado no relatório final a continuação do acompanhamento em intervenção psicomotora e a presença de acompanhamento paralelo que seja focado nas suas necessidades de aprendizagem, no sentido de se trabalharem as áreas onde esta apresenta maiores dificuldades, potencializado o seu desenvolvimento.

- **Caso 2 – T.**

### Caracterização do Caso

O T. é o primeiro numa fratria de três irmãos, sendo o único rapaz. Nasceu a oito de Agosto de 2012 (cinco anos), e vive atualmente com os pais e as irmãs.

É descrito como autónomo, com boas capacidades intelectuais. A nível comportamental são identificadas dificuldades de atenção e em terminar tarefas, sendo ainda referidos comportamentos imprevisíveis e desajustados (e.g.: os pais referem “reações excessivas quando contrariado” (sic)), queixas já presentes em consulta de neuropediatria em 2017. A escola refere ainda a presença comportamentos de resistência perante a mudança de rotinas e a novidade.

A nível motor, não foram observados atrasos na aquisição nas metas desenvolvimentais, contudo é referida a presença de uma fraca coordenação motora. Apesar disto, é atualmente guarda redes de hóquei em patins, não apresentando dificuldades em patinar. Apresentou desde antes dos dois anos preferência pela mão esquerda.

Devido a queixas no pré-escolar e em casa por apresentar dificuldades na pega, nas tarefas de motricidade fina e em algumas atividades de motricidade global foi a consulta de neuropediatria em Maio de 2017, onde o médico identificou a presença de sintomas compatíveis com uma Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PDCM), sendo encaminhado nesta altura para intervenção no CADIn com objetivo da promoção das dificuldades em défice, particularmente as dificuldades grafomotoras. Neste sentido, a intervenção no CADIn consistiu no trabalho junto das dificuldades psicomotoras e na promoção de competências essenciais à entrada no primeiro ciclo.

### Procedimentos

A realização da avaliação inicial para a construção de um plano de intervenção, coincidiu com o pedido dos pais do T. para a realização de uma avaliação, devido à presença de dificuldades motoras, de atenção e controlo de impulsos que estarão a ter impacto no desempenho na realização de tarefas. Estas dificuldades estavam na altura da avaliação a colocar em questões à escola sobre a entrada no primeiro ciclo e as suas aprendizagens. O objetivo da avaliação passou pela caracterização atual da prontidão escolar, da atenção bem como a construção de um perfil que permita uma melhor compreensão das dificuldades.

A avaliação foi realizada no mês Abril de 2018, sendo necessárias duas sessões, uma destas sessões foi marcada para o período da manhã no sentido de potencializar o seu desempenho durante a avaliação. Os instrumentos utilizados foram os apresentados na tabela seguinte.

**Tabela 9) Instrumentos utilizados na avaliação inicial do T.**

<b>Avaliação Psicomotora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› M-ABC 2 - Movement Assessment Battery for Children, banda 1 - Segunda Edição (Barnett, A.; Henderson, S. e Sugden, D.);</li> </ul>
<b>Avaliação Pedagógica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Bateria de Provas Fonológicas – ISPA (Silva, A.);</li> <li>› Bateria de Testes do Pré-escolar;</li> <li>› CTOPP – Comprehensive Test of Phonological Processing (Rashotte, C.; Torgesen, J. e Wagner, R.).</li> </ul>
<b>Avaliação Cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› CAS - Cognitive Assessment System (Das, J. e Naglieri, J.);</li> <li>› Teste de Cópia de Figuras Complexas (Rey, A.);</li> <li>› Matrizes Progressivas Coloridas de Raven;</li> <li>› Prova de cancelamento de sinais de Zazzo.</li> </ul>
<b>Avaliação Comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment - Sistema de avaliação Empiricamente Validado para Pais e Professores - Versão Portuguesa (2013).</li> <li>› Observação direta do comportamento, relacionamento e comunicação em sessão;</li> <li>› Questionário de Connors para Pais e Professores, forma completa – versão revista (traduzido e adaptado por Rodrigues, A.);</li> </ul>

Os resultados da avaliação encontram-se no relatório de avaliação entregue aos pais, disponível no anexo F. De seguida, são apresentados sucintamente os resultados obtidos nos domínios avaliados.

### **Avaliação psicomotora**

Devido à grande presença de dificuldades de motricidade fina foi utilizado o M-ABC 2 para avaliar este domínio, tendo-se verificado resultados abaixo do esperado para a idade cronológica. Da aplicação das provas verifica-se dificuldades ao nível da coordenação manual, bem como dificuldades no desenho do percurso, onde levantou frequentemente a caneta e exerceu força excessiva na mesma, a realização desta atividade foi também realizada demasiado rápida prejudicando a capacidade de controlo oculo-manual. Durante as provas foi possível observar grande agitação motora, não se mantendo sentado durante as provas. Da mesma forma verificou-se também que o T. é esquerdino, apresentando uma pega com quatro dedos no instrumento de escrita.



### **Avaliação cognitiva**

Na avaliação cognitiva foi possível avaliar algumas funções executivas através da prova de cancelamento de sinais de Zazzo e de algumas provas do CAS. Assim, na prova de cancelamento de sinais de Zazzo verificou-se uma realização irregular da prova (não seguiu as linhas mesmo sob orientação) o que impossibilitou a cotação da mesma, foi, contudo, observada a presença de grande impulsividade e dificuldade de organização e inibição de estímulos durante a sua realização. Sendo a prova dada por terminada pelo T. antes dos 10 minutos terminarem.

Nas provas de Emparelhamento de Números, Reprodução de Códigos e Atenção Expressiva do CAS foi possível observar a presença de grande impulsividade, sendo frequentemente saltados itens ou linhas inteiras, existindo uma preocupação exagerada com o fator tempo que não permitiu que o T. passasse da primeira linha em ambas as tarefas da Reprodução de Códigos, estando presente uma constante verbalização por parte do T. que permitiu perceber a dificuldade em organizar ideias e pensamentos durante a realização das tarefas.

Na avaliação cognitiva foi ainda aplicado as provas: Figura de Rey e as Matrizes Coloridas de Raven. No primeiro foi perceptível a dificuldade na reprodução da figura, não tendo o T. considerado esta como um todo, desenhando apenas algumas partes, separando-as e reduzindo-as a esquemas familiares. Foi observado um ineficaz planeamento da prova e uma abordagem impulsiva à mesma. Nas Matrizes Coloridas de Raven, foi observado um desempenho com valores de nível médio superior para a sua faixa etária (percentil 95), apresentando assim um bom potencial de aprendizagem.

### **Avaliação comportamental**

A avaliação comportamental foi feita através da aplicação dos questionários de Conners e do ASEBA aos pais e professoras, sendo apenas preenchido pelas professoras o questionário ASEBA. Através da análise dos questionários de Conners verifica-se os pais não sinalizaram nenhuma dimensão com valores clinicamente significativos.

Da análise dos questionários ASEBA, verifica-se a identificação de dimensões clinicamente significativas ou *boderline* apenas pelas professoras. Sendo identificados com valores clinicamente significativos a dimensão: Reatividade Emocional. E com valores *boderline* as dimensões: Problemas do Espectro do Autismo, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Atenção.

### **Avaliação pedagógica:**

Para avaliação pedagógica foi aplicada a Bateria de Provas Fonológicas e a Bateria de Testes do Pré-Escolar. Na primeira prova foram observados resultados dentro do esperado. E na segunda, verificaram-se resultados satisfatórios na maioria das provas da bateria, à exceção das provas Verbal, Orientação Espacial e Figura Fundo. Sendo que na prova Verbal o T. apresentou um bom desempenho, havendo, contudo, valores inferiores que ocorreram devido ao desconhecimento de alguns conceitos (inclinado) e a presença de impulsividade nas respostas. As provas de Orientação Espacial e Figura Fundo requerem na sua realização a capacidade de controlo do material de escrita bem como a organização e planeamento da tarefa, desta forma, devido à presença de impulsividade e de dificuldades no controlo oculo-manual o T. apresentou resultados abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Desta forma, como conclusões da avaliação, verificou-se a presença de um bom potencial de aprendizagem intelectual, com uma capacidade de concentração diminuída, bem como uma abordagem impulsiva na realização das tarefas, e dificuldades no planeamento e organização de tarefas. Estes comportamentos apresentam um impacto significativo em contexto escolar. Na avaliação da motricidade fina, verifica-se dificuldades na coordenação oculo-manual, bem como na precisão e controlo dos movimentos dos membros superiores, sendo observado durante a avaliação que a presença de dificuldades na inibição de impulsos prejudica o desempenho do T. nesta área.

Pela observação dos resultados verificou-se a presença de características compatíveis com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Características que se fazem sentir em contexto de sessão e escolar, com um impacto significativo nas aprendizagens de conteúdos escolares. É também de salientar a presença de dificuldades ao nível da motricidade fina que estão também a afetar a aquisição de competências escolares.

### **Enquadramento do Caso**

Como descrito anteriormente, o T. iniciou a intervenção no CADIn com diagnóstico de PDCM, com maior preocupação no desenvolvimento das capacidades grafomotoras (motricidade fina). Com a avaliação realizada a pedido dos pais e da escola, verificou-se a presença de sintomas compatíveis com uma PHDA. Neste sentido, de seguida irei enquadrar estas duas perturbações, e verificar a frequência de comorbilidade entre ambas. Posteriormente, irei abordar o impacto destas no desenvolvimento de competências necessárias à entrada no primeiro ciclo.

### **Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora:**

A PDCM é descrita como uma perturbação da função motora, onde se observa um desempenho significativamente abaixo do esperado para a idade, no desenvolvimento de habilidades de coordenação motora. Para efeitos de diagnóstico as perturbações na coordenação motora não devem ser provenientes de atrasos intelectuais generalizados, perturbações congénitas específicas ou perturbações neurológicas (APA, 2013; WHO, 1992), e devem ter um impacto significativo no desempenho, ou participação nas atividades da vida diária, na vida familiar, social, escolar ou comunitária (APA, 2013).

Os sintomas da perturbação do desenvolvimento da coordenação motora devem estar presentes desde o desenvolvimento precoce (APA, 2013; WHO, 1992). Contudo, a PDCM não é geralmente diagnosticada antes dos cinco anos devido à presença de uma variação considerável na idade de aquisição de muitas competências motoras (APA, 2013).

Os indivíduos com este diagnóstico podem apresentar maiores dificuldades predominantemente nas habilidades de motricidade global ou fina (APA, 2013; WHO, 1992), sendo que o padrão de dificuldades varia com a idade da criança. Além disso, verifica-se que estas crianças apresentam frequentemente associação com algumas dificuldades no desempenho de tarefas cognitivas visuo-espaciais (WHO, 1992).

Na infância precoce, os atrasos na aquisição de metas desenvolvimentais podem ser os primeiros sinais, apesar de a maioria atingirem as metas desenvolvimentais normalmente (APA, 2013). Com o desenvolvimento, estas crianças tendem a apresentar dificuldades na aquisição de aprendizagens como: atar os atacadores, abotoar e desabotoar botões, e lançar e apanhar bolas (APA, 2013; WHO, 1992). Estas crianças são assim, frequentemente associadas a movimentos desajeitados, deixam cair coisas, tropeçam e vão contra obstáculos (WHO, 1992).

No pré-escolar existem dificuldades relacionadas com aspetos motores como realizar quebra-cabeças, fazer construções, jogar à bola, treino da caligrafia, bem como organizar pertences, quando o sequenciamento motor e a coordenação são necessárias (APA, 2013). As perturbações frequentes na caligrafia afetam a legibilidade, velocidade na produção escrita e o desempenho académico, sendo que este impacto é distinguível do provocado por dificuldades de aprendizagem através da ênfase na componente motora das habilidades de produção escrita (APA, 2013).

As crianças com PDCM apresentam ainda um risco de menor qualidade de vida que os seus pares (Zwicker, Harris e Klassen, 2012) em diversos domínios incluindo: o bem-

estar físico e psicológico, emoções e humor, auto-percepção, autonomia, relação com os pais e os pares, suporte social, ambiente escolar e *bullying* (Karras, Morin, Gill, Izadi-Najafabadi e Zwicker, 2019). Assim, o nível das dificuldades motoras e a presença de dificuldades de atenção mostram ser preditores determinantes na qualidade de vida destas crianças (Karras, et al., 2019), sendo que frequente as crianças com PDCM apresentarem menor funcionamento psicossocial e emocional (Karras, et al., 2019; WHO, 1992).

Karras, et al. (2019) observaram que os pais de crianças com PDCM reportam que os seus filhos experienciam significativamente mais perturbações emocionais e comportamentais que os seus pares. O que é corroborado por Zwicker et al. (2012) que afirmam que as crianças com esta perturbação: apresentam menor autoeficácia e competência nos domínios físicos e sociais, experienciam maiores sintomas de depressão e ansiedade e apresentam mais comportamentos externalizados que os seus pares. Apresentando maior probabilidade de apresentarem problemas sociais em relação aos seus pares.

Izadi-Najafabadi, Ryan, Ghafooripoor, Gill e Zwicker (2019) no seu estudo encontraram também evidências de que as crianças com PDCM apresentam diferenças significativas em comparação aos pares, no que toca à participação nos contextos escola, casa e comunidade. Assim, as crianças com PDCM participam com menos frequência na escola e na comunidade, e apesar da participação em casa não apresentar diferenças dos pares, o seu nível de envolvimento nessas atividades é significativamente menor (Izadi-Najafabadi et al., 2019). Esta diferença pode ser justificada, pelo facto de o ambiente doméstico ser seguro e apoiado, onde os membros da família compensam as dificuldades da criança e aumentam as chances de realização (Izadi-Najafabadi et al., 2019).

### **Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção:**

A PHDA é caracterizada pela APA como uma perturbação do neurodesenvolvimento, com um padrão constante de comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem no normal funcionamento e desenvolvimento da criança (APA, 2013). No ICD-10 a PHDA é definida como uma combinação de comportamentos hiperativo com desatenção acentuada e falta de envolvimento persistente da tarefa que têm um início precoce - geralmente nos primeiros cinco anos de vida (WHO, 1992). A PHDA é desta forma, uma perturbação que surge na infância e perdura até à adolescência e idade adulta mudando na forma como se apresenta ao longo do tempo e de criança para criança, podendo estar presentes mais comportamentos de défice de

atenção ou de hiperatividade-impulsividade, ou ambos – tipo combinado (Rodrigues e Antunes, 2013), sendo o diagnóstico feito com base nos sinais e sintomas associados a estas dimensões (Lopes, 2003; Rodrigues e Antunes, 2013).

Assim as crianças com PHDA são descritas como tendo falta de persistência em atividades que requerem um envolvimento cognitivo com uma tendência de passarem entre atividades sem completarem a primeira, coocorrendo estas situações com uma atividade excessiva, desorganizada e pouco regulada (WHO, 1992). Assim, o déficit de atenção, apresenta-se principalmente pela divagação nas tarefas, falta de persistência, dificuldade em manter o foco e a desorganização (APA, 2013). A desatenção pode ser vista como uma tendência à distração, ou seja, a facilidade com que a criança pode ser desviada da tarefa por outro estímulo (Phelan, 2005). A hiperatividade caracteriza-se pela presença de excesso de atividade motora desajustada ou excessiva impaciência, conversa ou movimentos (APA, 2013; Phelan, 2005).

Em termos sociais, estas crianças são conhecidas como imprudentes e impulsivas, propensas a acidentes, entrando em problemas disciplinares devido a violações de regras. Com os adultos costumam ser socialmente desinibidas, apresentando alguma falta de cuidado típicas na relação, com os pares são geralmente impopulares e podem tornar-se isolados (WHO, 1992).

Para a realização do diagnóstico é necessário que estejam presentes pelo menos seis sintomas apresentados pelo DSM-5 em um dos domínios hiperatividade/impulsividade e/ou desatenção (tabela 10). Estes sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos e há mais de seis meses, em dois ou mais contextos. A frequência ou intensidade deve ser superiores ao esperado para nível de desenvolvimento da criança, e os sintomas devem ter um impacto negativo direto, ou seja, interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico e ocupacional da criança (APA, 2013).

**Tabela 10) Sintomas de Diagnóstico da PHDA presentes no DSM-5.**

<b>Desatenção:</b>	<b>Hiperatividade/ Impulsividade:</b>
Não presta atenção aos detalhes, ou comete erros descuidados nos trabalhos de casa, no emprego, ou durante outras atividades, com frequência.	Frequentemente agita-se ou bate com as mãos ou pés e contorce-se no assento.
Apresenta constantemente dificuldade em manter a atenção em tarefas e no desempenho de atividades.	Deixa o assento em situações em que é esperado que permaneça sentado.

<b>Desatenção:</b>	<b>Hiperatividade/ Impulsividade:</b>
Frequentemente parece não ouvir, mesmo quando se fala diretamente para ele (e.g.: parece ter a cabeça outro lugar).	Corre ou trepa em situações inapropriadas (e.g.: em adultos pode limitar-se à sensação de agitação).
Frequentemente não segue instruções e não consegue terminar os trabalhos de casa, tarefas domésticas ou deveres no local de trabalho.	É frequentemente incapaz de brincar ou envolver-se em atividade de leitura de forma sossegada.
Apresenta com regularidade dificuldade na organização de tarefas e atividades.	Está frequentemente em movimento.
Frequentemente apresenta não gostar, comportamentos de evitamento e relutância perante tarefas que exigem um esforço mental mantido.	Fala excessivamente.
Perde com regularidade as coisas necessárias à realização de tarefas e atividades.	Responde a uma questão antes de esta terminar de ser colocada.
É facilmente distraído por estímulos menos comuns.	Tem dificuldade em esperar pela sua vez.
É esquecido nas atividades diárias.	Interrompe ou intromete-se com o outro (e.g.: começa a usar as coisas dos outros sem pedir, mete-se em conversas, jogos ou atividades).

Nota: adaptado de American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

É durante os primeiros anos escolares que os sintomas de desatenção se tornam mais evidentes e é mais fácil identificar a presença de diagnóstico (APA, 2013), existem contudo traços comportamentais na infância precoce (do nascimento aos três anos) que podem predizer um futuro diagnóstico de PHDA (Rodrigues e Antunes, 2013). Alguns dos padrões mais referidos são: a presença de reações emocionais excessivas (Phelan, 2005) como a irritabilidade, sobreexcitação e dificuldade na manutenção da calma (Rodrigues e Antunes, 2013); a irrequietude motora que levam à presença de acidentes frequentes (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013); a aquisição da marcha precoce e dificuldades de coordenação motora (Phelan, 2005). Estes sinais, contudo, carecem de cuidado, pois estas são características que podem indicar diferentes tipos de dificuldades futuras (Rodrigues e Antunes, 2013).

Na altura do pré-escolar, as características mais descritas são: a fraca tolerância à frustração que se refletem na presença de comportamentos agressivos e explosivos; a presença de dificuldade em obedecer a regras e rotinas; agravamento de comportamentos desobedientes e de problemas de conduta; presença de impulsividade e agitação motora que levam à ocorrência de incidentes (e.g.: partir coisas por impulsividade) e a dificuldades em ajustarem o seu comportamento às regras da sala

de aula (e.g.: não conseguem ficar sentadas no lugar, falam excessivamente) (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013). Neste sentido, a investigação refere que a presença significativa de dificuldades no funcionamento executivo (Cherkasova, Sulla, Dalena, Pondé, Hechtman, 2013) como défices na inibição de comportamentos e na capacidade de atenção (Stauffenberg e Campbell, 2007) são preditores de um diagnóstico de PHDA. A APA (2013) nomeia assim a hiperatividade como o principal sintoma presente nesta idade, referindo a ambiguidade do diagnóstico, devido à dificuldade em diferenciar comportamentos hiperativos normativos de clínicos nestas idades.

### **Relação entre ambas:**

A PDCM é uma perturbação do desenvolvimento que pode ocorrer em comorbilidade com uma ou mais perturbações do neurodesenvolvimento ou neuro-comportamento. Assim, as comorbilidade mais frequentes são: a PHDA, as perturbações específicas da linguagem, as DAE, PEA, dislexia e dificuldades de leitura (Blank, Smits-Engelsman, Polatajko e Wilson, 2012). A PHDA é vista como uma das perturbações mais comuns de aparecer em comorbilidade (Dewey, Kaplan, Crawford e Wilson, 2012; Zwicker et al., 2012) com uma probabilidade de cerca de 50% (APA, 2013).

Também no diagnóstico da PHDA os manuais de diagnóstico (ICD-10 e DSM-5) apresentam a presença da probabilidade de aparecimento de atrasos no desenvolvimento motor nestas crianças (APA, 2013; WHO, 1992).

A investigação sugere que a presença de comorbilidade entre a PHDA e PDCM pode estar associada à presença de mais défices motores, emocionais e relacionais, em comparação com as perturbações de forma isolada, ou ao resultado da adição dos défices de ambas (Ageitos, Maseda, Villaverde, González e Mariño, 2018; Loh, Piek e Barret, 2011).

A PDCM ocorre mais frequentemente nas formas de expressão da PHDA, tipo desatento e tipo combinado (Piek, Pitcher e Hay, 1999; Pitcher, Piek e Hay, 2003; Watemberg, Waiserberg, Zuk e Lerman-Sagie, 2007). Sendo que a severidade dos sintomas de desatenção parecem ter um papel preditivo nas dificuldades do funcionamento motor (Piek et al., 1999; Pitcher, Piek e Hay, 2003). Contudo, os indivíduos da forma de expressão hiperativo/ impulsivo apresentam maiores comorbilidades com o PDCM comparado com os pares sem diagnóstico de PHDA, isto poderá dever-se ao facto de apesar de não terem sintomatologia clínica para o diagnóstico que inclua este sintoma, estes têm maiores níveis de desatenção do que os pares (Pitcher, Piek e Hay, 2003).

## **Impacto nas Aprendizagens Acadêmicas:**

Atualmente reconhece-se que na entrada para a escola, é importante que as crianças exibam além de competências cognitivas e linguísticas, níveis aceitáveis de motivação e envolvimento comportamental nas atividades escolares. Assim, uma adaptação bem-sucedida às exigências da escola requer também a presença de competências não-acadêmicas (Manly et al., 2013). Desta forma, capacidades como a autorregulação do comportamento, têm-se mostrado como um fator crítico na prontidão e consequente ajustamento escolar (Blair, 2002; Manly et al., 2013). Por outro lado, a regulação do comportamento é fortemente relacionada com o desenvolvimento de habilidades cognitivas, designadas por capacidades executivas (Blair, 2002). As funções executivas envolvem, entre outras atividades mentais: vontade, planeamento, intencionalidade, inibição, resistência à distração, resolução de problemas, desenvolvimento, seleção e monitorização de estratégias, flexibilidade cognitiva, manutenção da persistência e autoconsciência (Barkley, 2000), sendo que os défices nestas funções têm sido associados à PHDA (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone e Pennington, 2005; Yañez-Téllez, et al., 2012).

Da mesma forma, frequentemente associada à PHDA, são observadas a presença de dificuldades de aprendizagem e fraco desempenho e realização escolar (APA, 2013; WHO, 1992). A relação das dificuldades motoras com a PHDA, particularmente a evidente presença de dificuldades na motricidade fina, está relacionada com a presença de dificuldades na aquisição de capacidades de escrita, estando esta consequentemente associada ao desempenho académico a longo prazo (Fenollar-Cortés, Gallego-Martínez e Fuentesc, 2017).

As dificuldades no desenvolvimento motor apresentam também um risco significativo para as aprendizagens escolares (Dewey et al., 2012). Assim, Vatandoust e Hasanzadeh (2018), referem que a PDCM está associada a problemas na capacidade de planeamento, atenção e codificação que podem levar a dificuldades de aprendizagem. O DSM-5 orienta-nos para a frequente comorbilidade entre a PDCM e as perturbações do discurso e da linguagem e as DAE (com principal impacto na leitura e escrita) (APA, 2013), o que é corroborado por Dewey et al. (2012) que afirma a existência de uma associação entre a PDCM e as dificuldades de aprendizagem, relacionadas principalmente com a leitura, escrita e soletração.

Assim, as crianças que apresentam a comorbilidade entre PHDA e PDCM parecem ter uma ocorrência significativamente maior de dificuldades de aprendizagem específicas e défices fonológicos em relação aos pares (Waternberg et al., 2007).



O T. apresenta um diagnóstico inicial de PDCM, com um padrão de maiores dificuldades nas habilidades de motricidade fina, sendo identificados pelos pais e professoras a presença de movimentos desajeitados e descoordenados, à semelhança do que a WHO (1992) referia. Estão assim, presentes neste caso dificuldades em fazer algumas construções, em jogos que necessitem de uma maior coordenação oculo-manual e no treino da caligrafia, sendo apontadas como dificuldades típicas nestas crianças pela APA (2013). Além disto são referidos por pais e professoras a presença de alguns comportamentos externalizados (e.g.: faz birras, é desafiador, apresenta alguma agressividade, irrita-se), que de acordo com Zwicker et al. (2012) são mais frequentes em crianças com PDCM.

O T. apresenta também características típicas da PHDA (APA, 2013; WHO, 1992.), tais como: dificuldades em manter-se concentrado, realizar uma tarefa até ao fim, frequente alteração de tarefa sem terminar a primeira. Também neste caso são identificadas a presença de dificuldades em seguir regras, ocorrência de incidentes devido à impulsividade e agitação motora, dificuldades em ficar sentado no lugar e conversa excessiva na sala de aula, que são apontadas por Phelan (2005) e Rodrigues e Antunes (2013) como frequentes nas crianças com PHDA.

Em termos académicos foram assim identificadas dificuldades a nível das capacidades grafomotoras e fonológicas. Sendo estes défices associados aos diagnósticos descritos (Dewey et al., 2012; Fenollar-Cortés et al., 2017; Watemberg et al., 2007).

### **Intervenção:**

A PHDA e a PDCM estão ambas associadas a perturbações no desenvolvimento psicossocial e emocional, dificuldades nas interações sociais (APA, 2013; Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013; Vatandoust e Hasanzadeh, 2018), colocando-as em risco de problemas de saúde mental a longo prazo (Green, Baird e Sugden, 2006). Como já referido anteriormente, a comorbilidade entre as duas perturbações, não resulta apenas numa adição de dificuldades, mas no desenvolvimento de mais défices resultantes do fenótipo conjunto das duas perturbações (Loh et al., 2011).

Assim, ao longo da literatura estudada, foi possível encontrar algumas orientações para a estruturação de uma intervenção junto destas crianças. Karras, et al. (2019), defende a importância de utilização de protocolos de intervenção holística junto das crianças com PDCM, que incluam objetivos específicos direcionados para questões psicossociais e emocionais. Piek e Dyck (2004) refere a importância da criação de planos de intervenção que reconheçam a PHDA e a PDCM como uma comorbilidade, composta por duas perturbações com problemas distintos. É ainda referido a importância das

atividades escolhidas irem ao encontro dos interesses e gostos da criança, que os motivem a participar e a resistir às dificuldades da tarefa (Izadi-Najafabadi et al., 2019; Phelan, 2005).

Assim, nas crianças onde é possível observar a presença desta comorbilidade é frequente a necessidade de utilização de abordagens psicoterapêuticas e psicofarmacológicas devido ao alto risco de problemas emocionais. Além disso, nestas crianças, é importante uma intervenção que se foque nos benefícios de atividades que estimulem a psicomotricidade (Ageitos et al., 2018).

Desta forma, o T. apresenta um diagnóstico inicial de PDCM, com um padrão de maiores dificuldades nas habilidades de motricidade fina, sendo identificados pelos pais e professoras a presença de movimentos desajeitados e descoordenados, à semelhança do que a WHO (1992) referia. Estão assim, presentes no neste caso dificuldades em fazer algumas construções, em jogos que necessitem de uma maior coordenação oculo-manual e no treino da caligrafia, sendo apontadas como dificuldades típicas APA (2013) nestas crianças. Além disto são referidos por pais e professoras a presença de alguns comportamentos externalizados (e.g.: faz birras, é desafiador, apresenta alguma agressividade, irrita-se), que de acordo com Zwicker et al. (2012) são mais frequentes em crianças com PDCM.

O T. apresenta também características típicas da PHDA (APA, 2013; WHO, 1992)., tais como: dificuldades em manter-se concentrado, realizar uma tarefa até ao fim, frequente alteração de tarefa sem terminar a primeira. Também neste caso são identificadas a presença de dificuldades em seguir regras, ocorrência de incidentes devido à impulsividade e agitação motora, dificuldades em ficar sentado no lugar e conversa excessiva na sala de aula, que são apontadas por Phelan (2005) e Rodrigues e Antunes (2013) como frequentes nas crianças com PHDA.

Em termos académicos foram assim identificadas dificuldades a nível das capacidades de escrita e fonológicas. Sendo estes défices associados aos diagnósticos descritos (Dewey et al., 2012; Fenollar-Cortés et al., 2017; Watemberg et al., 2007).

### Plano de Intervenção

Depois de terminada a avaliação e a discussão de resultados, foram apresentadas recomendações para os pais e a escola no relatório de intervenção elaborado. Posteriormente, foram definidos objetivos gerais e específicos para serem desenvolvidos durante o período de estágio que foram também apresentados aos pais. Os objetivos estabelecidos foram:

**Comportamentais:**

- Promover a capacidade de planeamento das tarefas e da ação motora, procurando com que o T. realize as mesmas de uma forma mais lenta e coordenada.
  - Capacitar o T. para a preparação da realização das tarefas de desenho/ escrita, verificando a pega do lápis, sentando-se direito e colocando a mão de apoio no local correto.
  - Maximizar a realização de tarefas de desenho/ escrita de forma coordenada, maximizando o tempo em que se encontra sentado e monitorizando a tarefa.
- Reduzir a presença de comportamentos impulsivos, procurando consciencializar o T. da presença dos mesmos e capacitando-o de estratégias para a inibição dos mesmos.
  - Consciencializar o T. da presença de comportamentos impulsivos, identificando a sua presença e ajudando o T. a encontrar estratégias para os reconhecer e evitar.
  - Reduzir a presença de respostas imediatas, procurando que o T. verifique e reflita antes de responder.

**Pedagógicos:**

- Aumentar a consciência fonológica, nomeadamente ao nível da divisão e manipulação silábica e fonémica.
  - Desenvolver a capacidade de divisão silábica.
  - Desenvolver a capacidade de omissão da sílaba final, inicial e intermédia das palavras, percecionando o resultado final (qual a palavra que obtemos).
  - Desenvolver o conhecimento e associação de rimas.
  - Sensibilizar o T. para a existência da unidade fonema, trabalhando a identificação do fonema inicial das palavras e a divisão fonémica de palavras simples.
  - Promover a consciência fonológica do traço nasal nas vogais.
- Desenho de letras mais perfeito e adequando o tamanho e forma
  - Integrar o desenho das diferentes letras do alfabeto.

- Promover o desenho das letras com forma correta (sem elementos adicionais ou em falta) procurando adequar o seu tamanho (reduzir ao tamanho das linhas, utilizado em primeiro ciclo).

### **Psicomotores:**

- Aumentar a coordenação e controlo oculo-manual.
  - Promover o planeamento dos movimentos, procurando executá-los de uma forma mais lenta de forma a facilitar a integração dos esquemas motores.

O T. tinha sessões semanais de 50 minutos, estas realizaram-se sempre em contexto de sala, sendo o período de intervenção de aproximadamente três meses. As sessões seguiam um modelo base, ou seja, todas as sessões tinham um momento inicial mais lúdico, onde se jogava um jogo, por vezes proposto pelo T. de uma semana para a outra. Após este momento seguíamos para atividades que requeriam de forma geral maior concentração.

Durante o período de intervenção foram adotadas diversas estratégias no sentido de alcançar os objetivos propostos. Assim, para trabalhar objetivos relacionados com a manutenção da atenção e o controlo de impulsos, foi inicialmente trabalhado com este a consciencialização verbal da necessidade de planear a realização da tarefa, tornando este momento como parte da tarefa. Após a observação da integração dos diferentes aspetos aos quais deveria estar atento (verificar a pega do lápis, colocar a mão de apoio no local correto, observar a tarefa e ver por onde devo começar, entre outros), foi-se procurando que este autonomamente realizasse o planeamento de tarefas, consciencializando-o para o impacto que este planeamento poderia ter no sucesso da mesma. Ao longo das sessões, procurou-se realizar jogos e atividades que se adequassem a vários objetivos, trabalhando também o controlo de impulsos e a capacidade de atenção (e.g.: jogo memória, jogo labirinto de carros).

Para aumentar o seu interesse e capacidade de atenção, as atividades e jogos eram adaptados aos seus interesses, sendo criados diversos jogos e atividades para trabalhar as suas necessidades, estimulando o seu interesse pelas tarefas. Foram também seguidas sugestões de jogos ou atividades propostas pelo T. adaptando-as aos objetivos estabelecidos.

Para o treino do desenho de letras, procurou-se utilizar diferentes materiais, atividades e texturas (e.g.: plasticina, picotado, canetas mágicas, entre outros) que promoviam a integração sensoriomotora do desenho e forma das letras, facilitando posteriormente o correto desenho das mesmas. Além disto, era realizado um treino de motricidade fina

com recurso a jogos e materiais, melhorando assim o controlo oculo-manual e do movimento das mãos. Para estimular a correta pega do instrumento de escrita, utilizou-se um cartão de pontos, onde era colocado um certo por cada vez que o T. estava a trabalhar com uma pega correta, quando o cartão estava completo este ganhava desenhos para pintar em casa.

Para o trabalho dos objetivos relacionados com a consciência fonológica, foram realizadas tarefas para estimular a divisão e a manipulação silábica, procurou-se realizar atividades e jogos que apresentassem esta manipulação de forma mais visual, no sentido de facilitar a sua compreensão (e.g.: recortar imagens de acordo com o número de sílabas e posteriormente e pedir uma dessas sílabas ao T., este teria de entregar parte do papel correspondente).

O trabalho de discriminação auditiva com as vogais orais e nasais, aconteceu após ser detetada esta dificuldade nas sessões. Assim, foi construído um relicário e foram treinadas estratégias para a análise do traço nasal (1e.g.: tapar o nariz para ver de onde “sai” o som), foram também feitos diversos jogos e atividades no sentido de trabalhar a compreensão e identificação da diferença entre as vogais orais e nasais.

Para estimular a participação e a motivação nas sessões, era utilizado com frequência o feedback positivo verbal e visual, colocando-se *smiles*, autocolantes como reforço nos trabalhos realizados corretamente, com um bom planeamento e concentração.

Na tabela 11 encontra-se um plano sessão do T., estando outros exemplos apresentados no anexo G.

**Tabela 11) Plano de sessão do T. de dia 4 de Junho 2018.**

<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiais</b>
Jogo da Memória - Rimas	É realizado o jogo da memória já trabalhado anteriormente entre todos os elementos.	Trabalhar a memória a curto prazo. Promover a capacidade de organização das informações mentalmente. Desenvolver o conhecimento e o domínio do conceito de rimas. Promover o aumento de tempo de foco na tarefa.	Cartas jogo memória
Aprendizagem da letra B e R e revisão das restantes.	Partindo da letra P abordada na sessão anterior introduz-se as letras B e R, referindo-se os fonemas a que estas estão associadas. Durante a aprendizagem procura-se estimular através de feedbacks positivos (e.g.: <i>smiles</i> ). Procura-se relembrar o Tda importância de planear a realização das tarefas e da capacidade de se manter concentrado e com uma postura correta durante a realização da mesma.	Desenvolver o conhecimento e a integração do desenho das letras B e R. Reconhecer palavras que comecem com essas letras e os sons que estas podem realizar. Promover a adequação do tamanho e forma das letras. Maximizar a realização de trabalhos com uma postura correta (sentado, mão de apoio, pega em pinça). Desenvolver a capacidade de planear a realização de tarefas escritas.	Fichas e lápis, utilização de outros materiais (plasticina/quadro, etc.)
Atividade de Consciência Fonológica com Quantos-Queres.	A partir do Quantos Queres previamente construído, coloca-se em cada cor uma tarefa de consciência fonológica diferente (divisão, identificação de sílabas, omissão de sílabas e rima). O T. deverá questionar a um dos adultos quantos queres, e de seguida realizar o número de gestos solicitado, a partir daqui o adulto escolhe uma cor, que indicará a tarefa que ele tem de fazer. Para a escolha da palavra deverá tirar um cartão do baralho das cartas do jogo da memória.	Otimizar a capacidade de divisão silábica. Promover a capacidade de identificação de sílabas iniciais, intermédias e finais. Desenvolver a capacidade de manipulação silábica. Desenvolver a compreensão e a capacidade de associação de rimas. Melhorar a capacidade de coordenação oculo-manual.	Quantos queres e cartões do jogo da memória
Jogo "Rápido" (alternativo)	Realização do Jogo "rápido".	Melhorar a velocidade de processamento de informação visual. Promover a capacidade de manutenção da atenção. Promover a capacidade de inibição de estímulos.	Jogo "rápido"

## Apresentação e Análise de Resultados

Para avaliação final, foi construída uma avaliação mais curta e informal que procurava avaliar a evolução do T. dentro dos objetivos estabelecidos. Desta forma, os objetivos comportamentais foram avaliados através do desempenho na sessão de avaliação e da observação realizada ao longo das sessões.

Os objetivos Psicopedagógicos foram avaliados através de tarefas simples. Na divisão silábica e fonémica foi solicitado ao T. que verbalmente realizasse as divisões e omissões das palavras apresentadas, tendo por base o teste de avaliação da consciência fonológica do CADIn. Nas atividades de Rimas foram utilizadas fichas para associação de rimas através de imagens, e o teste de avaliação da consciência fonológica do CADIn. Para o reconhecimento de letras foi apresentado um alfabeto ao T. e pedido que este dissesse o nome de todas as letras que reconhecia. E para avaliação do desenho e reconhecimento de letras pediu-se que este desenhasse numa folha pautada as letras que lhe foram sendo pedidas.

Para a consciência fonológica do traço nasal nas vogais, foram apresentadas palavras ao T. e pedido que este referisse se nos sons identificados estava presente uma vogal com traço nasal.

Na avaliação Psicomotora foram realizadas três atividades, a atividade de Organização da Bateria Psicomotora, uma adaptação da atividade de saltar os tapetes do M-ABC 2. E o jogo da avalanche, procurando observar se era realizado o planeamento e monitorização das tarefas em atividade lúdica.

Para a avaliação foram construídas grelhas de observação que iam ao encontro dos objetivos estabelecidos e que avaliavam os diferentes objetivos dentro das provas realizadas. Para a cotação do desempenho, procurou-se avaliar até que ponto o objetivo foi atingido, para tal foram utilizados os níveis presentes na tabela 12.

No dia da avaliação, verificou-se alguma agitação e impulsividade por parte do T., o que poderá ter tido impacto no desempenho de algumas tarefas. Esta teve particularmente maior impacto nas tarefas do desenho de letras e na avaliação da consciência do traço nasal em vogais, apresentando o T. dificuldade em concentrar-se e baralhando o que lhe era sendo pedido. Este comportamento poderá estar relacionado com o facto de a sessão ter coincidido com o início das férias escolares, bem como o facto da sessão de avaliação ter tido uma estrutura diferente do normal.

Após a realização e análise da avaliação, foram construídas tabelas que sistematizam os resultados, dividindo-se estas nas áreas dos objetivos estabelecidos: Comportamental (tabela 13), Pedagógica (tabela 14) e Psicomotora (tabela 15).

**Tabela 12) Níveis da avaliação final.**

NA	Deixou de ser objetivo/ necessidade	1	Objetivo não atingido
2	Mantém-se um objetivo/ emergente	3	Objetivo com igual taxa de sucesso e insucesso/ em assimilação.
4	Objetivo parcialmente atingido/ apresenta falhas pontuais	5	Objetivo atingido

**Tabela 13) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Comportamental.**

Tarefa/ Objetivo	Resultado	Observações
Reconhece a postura correta para o desenho/ escrita	4	
Pega autonomamente no instrumento de escrita com pega em pinça.	3	
Utiliza autonomamente a mão de apoio.	4	Tende a utilizar a mão fechada.
Coloca-se e mantém-se numa postura adequada durante a realização da tarefa.	2	
Mantém a atenção durante toda a tarefa, sem se distrair.	2	
Reconhece a presença de comportamentos impulsivos e dificuldades em manter a atenção que interferem com a correta realização das tarefas.	3	
Apresenta capacidade de autorregulação da sua impulsividade durante a realização das tarefas.	2	
Reconhece estratégias para a redução de comportamentos impulsivos e a manutenção da atenção (e.g.: parar antes de iniciar uma tarefa e planejar a sua execução, expressar as suas ideias antes de iniciar a tarefa e não durante).	3	
Reconhece a importância do planeamento e reflexão.	2	
Planeia a tarefa antes de a iniciar, autonomamente.	2	
Ouve as instruções até ao fim.	2	

Nos objetivos relacionados com a alteração de padrões de comportamento foi visível uma maior melhoria no reconhecimento e aquisição de autonomia relativamente à postura de trabalho. Dentro do período de intervenção, procurou-se sensibilizar o T.



para a presença de comportamentos impulsivos, bem como dar-lhe a conhecer estratégias de regulação dos mesmos. Tendo sido nestes domínios que foi possível observar evoluções.

**Tabela 14) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Pedagógico.**

Tarefa/Objetivo		Resultado	Observações
Divide silabicamente palavras de três ou mais sílabas.		4	
Realiza a omissão da sílaba inicial.		4	Pode apresentar falhas em palavras mais complexas. Apresenta dificuldades nas sílabas com estrutura CVC.
Realiza a omissão da sílaba intermédia.		4	
Realiza a omissão da sílaba final.		4	
Reconhece o conceito de rimas.		3	
Associa rimas através de cartões de imagens.		5	
Identifica sem ajudas duas palavras que rimam.		1	
Reconhece a existência da unidade fonema.		2	
Identifica fonemas iniciais em palavras.		2	
Realiza a divisão fonémica de palavras simples.		1	
Identifica e distingue a presença de traço nasal nas vogais em palavras.		3	
Identifica e distingue a presença de traço nasal nas vogais em pseudopalavras.		2	
Reconhece o desenho de todas as letras do alfabeto associando-as ao seu “nome”.		4	77% êxito.
Desenha todas as letras corretamente quando lhe é pedido.	Letras maiúsculas de imprensa	3	
	Desenha corretamente letras com linhas retas.	4	
	Desenha corretamente letras com linhas curvas	3	
	Desenha corretamente letras com linhas diagonais	4	
Reconhece as diferentes características das formas das letras (linhas retas, curvas, diagonais, etc.).		5	
Procura adequar a forma da letra, não colocando elementos adicionais ou em falta.		3	
Consegue manter a forma correta da letra reduzindo o seu tamanho.		3	
Escreve de forma e tamanho (tamanho de uma pauta) corretas a maioria das letras do alfabeto.		3	Tamanho com maiores dificuldades nas linhas curvas.

Os objetivos pedagógicos dividem-se em duas grandes áreas: consciência fonológica e desenho de letras. Neste sentido, relativamente à consciência fonológica verificou-se uma grande evolução na capacidade de divisão e manipulação silábica e no reconhecimento de traço nasal nas vogais, estando esta prejudicada na avaliação final como anteriormente referido, tendo sido demonstrado durante as sessões um desempenho bom apenas com falhas pontuais (4).

Relativamente às rimas, o T. apresentou uma compreensão do conceito, conseguindo com facilidade relacionar duas palavras que rimam com suporte visual (ligar rimas, encontrar o par que rima no jogo da memória), apresentando dificuldades em fazê-lo quando apenas tem o suporte verbal ou em encontrar autonomamente uma palavra que rime. Em relação à unidade fonema, esta foi abordada já no fim da intervenção, sendo capaz de reconhecer a existência dos fonemas, fazendo, contudo, ainda alguma confusão com as sílabas.

Em relação ao desenho das letras, o T. apresentou um bom conhecimento do nome das letras e da forma como as desenhar, bem como as características do desenho de cada letra. Verifica-se uma grande influência da impulsividade e das dificuldades em realizar movimentos lentos e coordenados no desenho das letras, levando-o a que por vezes desenha mal a letra à primeira, devido à falta de planeamento. Nesta tarefa, verificou-se também um menor desempenho comparativamente às sessões anteriores, devido a fatores externos e que interferiram com a capacidade de manter e regular a atenção, estando este mais impulsivo e apresentando um menor desempenho no trabalho. Contudo, observou-se um aumento da perfeição no desenho das letras, com maiores dificuldades em adequar o tamanho e forma em letras com linhas curvas.

**Tabela 15) Resultados da Avaliação Final do T. no domínio Psicomotor.**

<b>Tarefa/ Objetivos</b>	<b>Resultado</b>	<b>Observações</b>
Planeia uma tarefa motora antes de a iniciar.	2	O T.c apresenta maior capacidade de monitorização da tarefa no início tornando-se mais impulsivo com o passar do tempo. Verifica-se que a dificuldade em regular a impulsividade impede na maior parte das vezes o planeamento da tarefa.
Realiza movimentos lentos e coordenados quando solicitado.	3	
Realiza movimentos lentos e coordenados autonomamente.	2	

Os objetivos psicomotores estabelecidos relacionam-se com a autorregulação, ou seja, com os objetivos comportamentais. Desta forma, espera-se que com o aumento da capacidade de autorregulação da impulsividade e de planeamento, sejam visíveis movimentos mais lentos e coordenados, melhorando assim o seu desempenho particularmente ao nível da motricidade fina.

Na avaliação final foi possível verificar a presença de uma maior consciência por parte do T. da importância de planejar as tarefas e realizá-las com calma e coordenadamente, sendo visível que tentava fazê-lo no início das tarefas, contudo, apresentando ainda dificuldade em manter a capacidade de auto-monitorização ao longo da tarefa.

Da avaliação de final de ano da escola, foi evidenciada a presença de progressos, referindo assim um feedback positivo do desempenho do T.

Neste sentido, considerou-se a presença de progressos positivos dentro dos objetivos propostos, sendo nos objetivos pedagógicos que apresentaram maiores melhorias. Relativamente aos objetivos comportamentais e psicomotores, foi referido no relatório final de intervenção que estes envolvem a alteração de padrões, sendo destacada a importância de um trabalho continuado e consistente nos mesmos.

No relatório de intervenção entregue aos pais, recomendou-se a continuação da intervenção no próximo ano letivo, iniciando este o primeiro ano. Refere-se a importância do trabalho dentro dos objetivos comportamentais e psicomotores e da importância que estes terão a longo prazo, e da avaliação que deve ser feita no sentido de ir ajustando os objetivos às dificuldades que forem surgindo.

Dos objetivos pedagógicos, recomendou-se a continuação do trabalho particularmente dentro da consciência fonológica e do desenho de letras, sendo importante estes serem reavaliados ao longo do primeiro ano, no sentido de adequar os objetivos às necessidades.

À escola recomendou-se a adoção de estratégias por parte da professora que ajudem o T. a gerir o seu comportamento, bem como a atenção às suas dificuldades académicas. Em casa referiu-se a importância em manter o acompanhamento realizado até agora, ajudando o T. a ultrapassar as suas dificuldades académicas e consciencializando-o para os comportamentos que perturbam a realização de tarefas, trabalhando com este na compreensão e aquisição de estratégias de regulação da atenção.

## **2.4) Atividades Complementares de Formação**

Ao longo do estágio foram sendo propostas a realização de atividades e trabalhos. Alguns destes foram desenvolvidos em parceria com outras estagiárias curriculares da instituição, e outros de forma mais individual.

## **Atividades desenvolvidas em parceria**

Uma das primeiras atividades propostas, foi realizada em parceria com a estagiária de psicologia clínica, e passou pela planificação de uma sessão a realizar-se em simultâneo com uma atividade desenvolvida pelo CADIn para pais, com o tema “À conversa com... Pais. Birras que nos tiram do sério”, o objetivo seria as estagiárias estarem com as crianças, enquanto os pais participavam na atividade, aproveitando este tempo realizar atividades no âmbito da regulação do comportamento e das emoções. Assim, foi construído em plano de sessão e alguns materiais necessários à mesma, contudo esta não se chegou a realizar devido ao cancelamento dessa atividade pelo CADIn, não tendo sido remarcada. Também em parceria com a estagiária de psicologia clínica foi proposta a tradução para português do livro “*Starving the Anger Gremlin*” de Kate Collins-Donnelly (2012), no sentido de permitir a utilização do material disponibilizado pelo livro nas sessões.

Devido ao trabalho continuo entre as orientadoras de intervenção psicomotora e psicologia clínica, foi proposto o trabalho conjunto de discussão de resultados e construção de relatórios de avaliação em alguns casos, o que permitiu não só a troca de experiências e de ideias entre as estagiárias, mas também uma aprendizagem sobre o trabalho multidisciplinar e da importância deste. Uma das avaliações realizadas em parceria foi do estudo de caso A. de 6 anos de idade, que resultou depois numa construção de apresentação de caso numa reunião com a coordenadora de estágios da instituição.

Além destes trabalhos propostos, o CADIn convidava os estagiários a estarem presentes nas reuniões para a discussão de temas e casos, podendo estes participar caso fosse necessário.

## **Atividades desenvolvidas de forma individual**

Ao longo do estágio foram também propostos o desenvolvimento de materiais e trabalhos de forma individual. Assim, foi-me proposto a realização de duas revisões bibliográficas, uma sobre a PHDA e outra sobre o DIR/ Floortime. A primeira procurava enriquecer a compreensão e o conhecimento da perturbação, tendo através desta, procurando compreender melhor a história e conceito atual da PHDA, a avaliação, o desenvolvimento e a intervenção na PHDA. A segunda objetivava a compreensão das atividades desenvolvidas no âmbito do programa CADIr.

O último trabalho escrito realizado por interesse da minha parte, tendo resultado na elaboração de uma brochura relativa à Perturbação de Oposição e Desafio (POD), esta

dividiu-se em três partes, primeiro foi apresentada a perturbação, a avaliação e a intervenção, a segunda parte fala sobre a identificação e diagnóstico e numa terceira parte são abordadas algumas estratégias para a escola e a família.

No acompanhamento de casos foram surgindo oportunidades de construir materiais e jogos adaptados aos interesses e dificuldades específicas de cada caso (anexo J). Assim para o estudo de caso T. foram construídos diversos jogos que foram depois utilizados como recurso noutras sessões e um relicário de vogais nasais e orais para discriminação auditiva. Os jogos criados foram: dados para a manipulação silábica, “Bingo das vogais” e “Jogo da Memória - Rimas”.

O primeiro jogo tinha como objetivo a promoção da capacidade de divisão silábica, e consistia num par de dados, um era composto em todos os lados por três círculos que representavam sílabas, havendo sempre um círculo preenchido em diferentes localizações, já o outro dado tinha uma imagem diferente em cada lado. Inicialmente era escolhido o que íamos fazer entre as seguintes tarefas: “omissão da sílaba selecionada” ou “identificação verbal da sílaba selecionada”. Para jogar, os dados eram lançados e de acordo com a imagem e a sílaba indicada pelo dado a criança tinha de omitir a sílaba e dizer toda a palavra sem essa sílaba, ou identificar de forma isolada essa sílaba.

O jogo “Bingo das Vogais”, tinha como objetivo a estimulação da discriminação auditiva de vogais orais e nasais de forma lúdica, tendo sido para este jogo construídos cartões bingo com as onomatopeias utilizadas no relicário. Numa primeira fase foram criadas cartas com imagens e círculos a representar as sílabas, estando uma selecionada. Aqui a criança teria de identificar se a vogal presente na sílaba seria nasal ou oral, associando-a à onomatopeia presente no seu cartão. Mais tarde, foram desenvolvidas cartas com “pseudopalavras”, estas estavam escritas e tinham de ser lidas por mim, mantendo-se a representação das sílabas.

O jogo “Jogo da Memória – Rimas” foi construído com o intuito de trabalhar as rimas e em simultâneo a capacidade de manutenção da atenção, sendo constituído por cartas com imagens a representar palavras, existindo pares de rimas (e.g.: cenoura/ vassoura, gato/ sapato). A forma de jogo é igual ao jogo da memória tradicional, tendo neste caso de se encontrar os pares de rimas.

Foi ainda criado um jogo, para um caso acompanhado na área do treino comportamental, o caso L. de 12 anos. O jogo foi inspirado no *Trivial Pursuit*, intitulou-se de “Emoções em Cadeia” sendo composto por um tabuleiro onde cada casa corresponde a uma emoção, à semelhança do *Trivial Pursuit* existem casas principais de desafio direto, onde o jogador ao realizar com sucesso um desafio (presente em

cartas do jogo) pode ganhar queijinhos, o primeiro jogador a ganhar os cinco queijinhos das casas principais ganha o jogo. Em todas as jogadas, é necessário rodar uma roleta e ver qual será a tarefa do jogador nessa jogada (opções: mimica, nada desta vez, sorte, desenho, desafio). Se calhasse mimica, o jogador terá de representar uma forma de fazer alguém sentir a emoção do local onde se encontra para os outros jogadores tentarem adivinhar, no caso da sorte tirava-se uma carta que coloca questões chave e o faz procurar outra emoção/ casa (e.g.: Foste repreendido pelo professor em frente à turma. Como te sentes? Vai para essa emoção e depois não voltes a rodar a roleta), no desenho o jogador tem de desenhar um momento onde já terá sentido a sua emoção para os outros jogadores tentarem adivinhar e por fim no desafio, o jogador tira uma carta desafio à semelhança das casas principais (e.g.: Em um minuto diz três qualidades tuas). O objetivo do jogo era a criação de uma forma lúdica e desafiante de explorar e trabalhar as diferentes emoções e o seu impacto na criança.

## **2.5) Dificuldades e Limitações**

Tendo este estágio sido realizado no âmbito do mestrado e com o objetivo de promover desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área da psicomotricidade, fui ao longo do ano letivo presenteada com diversos obstáculos que, reconheço hoje terem tido um impacto fulcral para o meu crescimento pessoal e profissional, possibilitando-me a procura ativa de soluções e alternativas criativas.

Neste sentido, no início do estágio, as principais dificuldades sentidas foram relativas à falta de conhecimento sobre alguns conceitos, metodologias e instrumentos, que eram recorrentemente referidos ou utilizados em sessões, discussões ou relatórios. Esta, dificuldade foi ao longo do tempo sendo superada, não só pela pesquisa e estudo dos instrumentos e conceitos, como pelo apoio e partilha de conhecimento das técnicas envolvidas em cada caso.

Outra dificuldade, foi o receio e a insegurança, não só por não dominar técnicas, conceitos e instrumentos, mas também por este ser o momento em que passamos da teoria à prática. Esta insegurança foi diminuindo, com o desenrolar do estágio, pelo suporte e disponibilidade das técnicas, pelas conquistas que foram sendo feitas e pelos constantes feedbacks que me ajudaram a perceber o que estava bem e o que tinha de melhorar.

Também no início do estágio senti enquanto limitação a construção do horário, não só na articulação entre as diferentes áreas, mas também nos casos que por vezes coincidiam na mesma hora ou dia, mas em locais diferentes. Com o tempo, e depois de

escolhidos os casos a acompanhar, o balanço é positivo, pois foi possível ter experiências em diferentes áreas do neurodesenvolvimento que foram importantes para o meu crescimento enquanto profissional e para a maior compreensão da amplitude e da importância da intervenção psicomotora.

Durante o período de estágio, e mais particularmente ao nível da intervenção, nem sempre foi fácil a construção de planos e materiais para os casos, não só pela preocupação de o tornar cativante, mas também pelo trabalho nos objetivos específicos, sendo necessária muita criatividade. Neste sentido foi importante a discussão dos planos e dos materiais construídos com as técnicas, através de uma segunda opinião foi possível melhorá-los e adaptá-los a cada caso.

Também relativamente à intervenção, e dentro da construção de planos de sessão existiram algumas dificuldades, particularmente ao nível da antecipação de comportamentos/ atitudes por parte da criança. Neste sentido, foi essencial o diálogo e a discussão dos acontecimentos da sessão com as técnicas responsáveis, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para a construção de planos, mas também para a mediatização de comportamentos da criança durante a sessão.

Ao nível da avaliação as primeiras dificuldades sentidas foram relativas à escolha de instrumentos para a construção de avaliações, sendo estas ultrapassadas, pelo crescente conhecimento dos instrumentos, o estudo antecipatório dos mesmos e a partilha de informação por parte das técnicas.

Ainda dentro da avaliação, e talvez um dos maiores desafios que senti, foi na elaboração geral dos relatórios de avaliação e particularmente na redação das conclusões do mesmo, isto porque existiram dúvidas e inseguranças, sobre: como escrever, o que escrever e se estaria correto. Para ultrapassar estas questões recorri não só a alguma pesquisa bibliográfica como também à discussão das avaliações com as técnicas responsáveis que me permitiram melhorar as capacidades de observação e análise e me deram confiança enquanto profissional.

Apesar de terem aparecido algumas limitações e dificuldades ao longo do período de estágio, estas foram ultrapassadas pelo esforço e empenho que procurei manter sempre ao longo do estágio, tendo tido todos os profissionais com quem contactei tido um papel fundamental para que estas dificuldades fossem ultrapassadas e se tornassem em aprendizagens.

### 3) Conclusão

---

Após a realização do estágio e da elaboração do relatório, e quando ponderei o crescimento que obtive com toda a experiência, percebo que muita da insegurança sentida no final da licenciatura e do primeiro ano de mestrado, relativa à prática profissional, foi substituída por conhecimentos e competências que irão permitir que seja uma melhor profissional. O contacto com diversos profissionais desta área e de outras, ensinou-me também que a aprendizagem e a aquisição de competências são uma constante na vida de um psicomotricista.

A oportunidade que tive de estar ativamente presente em diferentes áreas do neurodesenvolvimento, por um lado não permitiu que aprofundasse o meu trabalho em temas e perturbações específicas, mas por outro lado possibilitou-me não só conhecer a amplitude e as diferentes formas de intervir e avaliar em psicomotricidade, como um conhecimento de diferentes perturbações e em certo ponto, a forma como estas dificuldades podem coexistir. O facto de estar com diferentes profissionais da área, permitiu-me também observar e refletir sobre as diferentes formas de estar e intervir dentro da psicomotricidade. Tudo isto tem um impacto significativo no meu desenvolvimento profissional, não só por dar-me um conhecimento prático de diversas formas de intervenção, como de forma mais pessoal me permitiu estar atenta ao meu perfil comportamental dentro da sessão, ajustando-o às necessidades e características de cada criança.

O facto de o estágio curricular se ter desenvolvido em ambiente clínico, tornou-se primeiramente um desafio devido ao rigor e às exigências colocadas não só pelo contexto, mas como pelos utentes. Assim, hoje, valorizo a experiência que tive em conhecer a forma como a avaliação e a intervenção são feitas neste contexto, reconhecendo que terá impacto na minha vida profissional futura. O contacto constante com o trabalho multidisciplinar foi também construtivo, foi possível perceber o papel de cada profissional nas diferentes áreas e a forma como estes se complementam no sentido de uma avaliação e intervenção mais adequada.

A presença de profissionais que me acompanharam e desde o início se preocuparam com o meu percurso, foi importante. Percebi assim o papel que podemos ter enquanto profissionais não só para com os nossos utentes, mas também na partilha de conhecimentos e na formação de novos profissionais. O papel das técnicas que me acompanharam nas diferentes áreas, foi crucial para o meu sucesso e crescimento enquanto psicomotricista.



Os estudos de caso escolhidos foram sem dúvida um desafio em diferentes aspetos, não só pela caracterização de cada caso em si, e pelo facto colocarem questões diferentes desde a avaliação até à planificação da intervenção. O trabalho não só com os estudos de caso, mas também com todos os outros casos acompanhados revelou-se gratificante, no sentido em que criamos materiais e planificamos atividades conscientes dos objetivos a desenvolver e quando observamos as conquistas alcançadas pelas crianças em cada sessão, sabemos que resultou não só do esforço e empenho da criança, mas também do nosso trabalho.

Assim, considero que tenham sido cumpridos os objetivos de estágio, sabendo que através do estágio no CADIn e de todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste, desde as técnicas, às famílias e principalmente as crianças, fui capaz de adquirir competências essenciais à minha entrada no mercado de trabalho. Dependendo de mim continuar a aumentar essas competências daqui para a frente.

Em suma, a experiência vivenciada ao longo do ano letivo foi essencial à minha transição para a vida profissional, permitindo-me desenvolver competências profissionais e pessoais, adquirir conhecimentos de diversas áreas do neurodesenvolvimento e crescer enquanto psicomotricista.

#### 4) Referências Bibliográficas:

---

- > Achenbach, T. (2019). *The ASEBA Approach* [página web]. Retirado a dia 13 de Fevereiro de 2019 de <http://www.aseba.org/>.
- > Ageitos, A., Maseda, M., Villaverde, A., González, P e Mariño, M. (2018). Attention Deficit Disorder with Developmental Coordination Disorder: A Subgroup of Clinical and Therapeutic Importance. *SM J Schizophrenia Research e Treatment*, 1(1), 1004.
- > Ainsworth, M. (1969). Object Relations, Dependency, and Attachment: a Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- > Ainsworth, M., Bell, S. e Stayton, D. (1969). Individual Differences in Strange-Situational Behaviour of One-Year-Olds. H. Schaffer (Ed). *The Origins of Human Social Relations*. London: Academic Press.
- > American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- > Antonio, D., Mecca, T. e Macedo, E. (2012). O uso do Teste Não-Verbal Leiter-R na Avaliação de Inteligência em Distúrbios do Desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 12(2), 9-15.
- > Aubert, É. (2000). Évaluation des troubles de l'attention de l'enfant à l'adolescent: Assessment of attention disorder of children to adolescent. *Évolutions psychomotrices*, 12(50), 208-213.
- > Balbernie, R. (2010). Reactive attachment disorder as an evolutionary Adaptation. *Attachment e Human Development*, 12(3), 265-281. DOI: 10.1080/14616734.2010.482223.
- > Barkley, R. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XVII. ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1064 – 1068.
- > Blair, C. (2002). School Readiness: Integrating Cognition and Emotion in a Neurobiological Conceptualization of Children's Functioning at School Entry. *American Psychologist*, 57(2), 111-127. DOI: 10.1037//0003-066X.57.2.111.

- > Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H. e Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention of developmental coordination disorder (long version). *Developmental Medicine e Child Neurology*, 54(1), 54-93. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2011.04171.x.
- > Boris, N. e Zeanah, C. (2005) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1206–1219. DOI: 10.1097/01.chi.0000177056.41655.ce.
- > Boscani, F. (2003). A desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- > Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- > Bowlby, J. (1960). Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- > Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28 (5), 759-775.
- > CADIn (2017a). *A Par e Passo*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://www.cadin.net/a-par-e-passo>.
- > CADIn (2017b). *Áreas de Atuação*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/areas-atuacao/areas-de-intervencao>.
- > CADIn (2017c). *Corpo Clínico*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/areas-atuacao/corpo-clinico#reabilitacao-psicomotora>.
- > CADIn (2017d). *Formação*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/formacao-investigacao/formacao>.
- > CADIn (2017e). *Home*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/>.
- > CADIn (2017f). *Investigação*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/formacao-investigacao/investigacao>.
- > CADIn (2017g). *Manual de acolhimento*. Documento disponibilizado no âmbito do mestrado em reabilitação psicomotora.

- > CADIn (2017h). *Métodos e Hábitos de Estudo*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/38-programas-intervencao/159-grupos-de-metodos-e-habitos-de-estudo>.
- > CADIn (2017i). *Missão e Visão*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/sobre-nos/missao-e-valores>.
- > CADIn (2017j). *Programa “eu e os outros”*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/38-programas-intervencao/190-programa-eu-e-os-outros>.
- > CADIn (2017k). *Programa CADIR*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/2-uncategorised/157-programa-cadir>.
- > CADIn (2017l). *Redes Ativas*. Retirado a 7 de Dezembro de 2017 de <http://cadin.net/38-programas-intervencao/158-programa-redes-ativas>.
- > Cherkasova, M., Sulla, E., Dalena, K., Pondé, M. e Hechtman, L. (2013). Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47- 54.
- > Costa, J. (2003). Psicomotricidade relacional. *A Psicomotricidade*, 1 (1), 42-46.
- > CPM-P: *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven* (s.d.). Retirado no dia 15 de Fevereiro de: <https://www.hogrefe.pt/shop/matrizes-progressivas-coloridas-de-raven.html>.
- > Cruz, M. (1989). *Bateria de Aptitudes para el Aprendizaje Escolar*. Madrir: TEA Ediciones, S. A.
- > Cruz, V. (2007). O Cognitive Assessment System como instrumento de avaliação psicológica. *Psic: revista da Vetor Editora*, 8(1), 31-40.
- > D2: *Teste de Atenção* [página web] (s.d.). Retirado no dia 15 de Fevereiro de: <http://www.edipsico.pt/files/D2.pdf>.
- > Dewey, D., Kaplan, B., Crawford, S. e Wilson, B. (2002). Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human Movement Science*, 21(5-6), 905–918. DOI: 10.1016/S0167-9457(02)00163-X.
- > Equipa técnica do CADIn (2005). A Psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn. *A Psicomotricidade*, 5, 77-85.

- > European Forum of Psychomotricity (2019). *General Information: Glossary*. Retirado no dia 7 de Março de 2019 de: <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/#!tonic-emotional-dialogue>.
- > Fenollar-Cortés, J., Gallego-Martínez, A. e Fuentesc, L. (2017). The role of inattention and hyperactivity/impulsivity in the fine motor coordination in children with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 69, 77-84. DOI: 10.1016/j.ridd.2017.08.003.
- > *Figura Complexa de Rey* [página web] (s.d.). Retirado no dia 14 de Fevereiro de <https://www.hogrefe.pt/shop/teste-de-copia-de-figuras-complexas.html>.
- > Floyd, K., Hester, P., Griffin, H., Golden, J. e Canter, L. (2008). Reactive Attachment Disorder: Challenges for Early Identification and Intervention within the Schools. *International Journal of Special Education*, 23(2), 47-55.
- > Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus Factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- > Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- > Green, D., Baird, G. e Sugden, D. (2006). A pilot study of psychopathology in Developmental Coordination Disorder. *Child Care Health Developmet*, 32(6), 741-50. DOI:10.1111/j.1365-2214.2006.00684.x.
- > *Griffiths 2-8* [página web] (s.d.). Retirado no dia 14 de Fevereiro de <https://www.hogrefe.pt/shop/escala-de-desenvolvimento-mental-de-griffiths-77417.html>.
- > Hall, S. e Geher, G. (2003). Behavioral and Personality Characteristics of Children With Reactive Attachment Disorder. *The Journal of Psychology*, 137 (2), 145-162. DOI: 10.1080/00223980309600605.
- > Hammill D., Pearson N. e Voress J. (1993). *Developmental Test of Visual Perception*, 2<sup>nd</sup> Edition. Texas: Pro-Ed.
- > Hardy, L. (2007). Attachment Theory and Reactive Attachment Disorder: Theoretical Perspectives and Treatment Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 27-39. DOI:10.1111/j.1744-6171.2007.00077.x.

- > Haugaard, J. e Hazan, C. (2004). Recognizing and Treating Uncommon Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents who have been Severely Maltreated: Reactive Attachment Disorder. *Child Maltreatment*, 9(2), 154-160. DOI: 10.1177/1077559504264316.
- > Henry, J., Sloane, M. e Black-Pond, C. (2007). Neurobiology and Neurodevelopmental Impact of Childhood Traumatic Stress and Prenatal Alcohol Exposure. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 38(2), 99-108. DOI: 10.1044/0161-1461(2007/010).
- > Hildyard, K. e Wolfe, D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse e Neglect*, 26, 679-695.
- > Honor, G. (2008). Reative Attachment Disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 234-239. DOI:10.1016/j.pedhc.2007.07.003.
- > Ijzendoorn, M. e Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1228–1245. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x.
- > Izadi-Najafabadi, S. Ryan, N., Ghafooripoor, G. Gill, K. e Zwicker, J. (2019). Participation of children with developmental coordination disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 75–84. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.05.011.
- > Karras, H., Morin, D., Gill, K., Izadi-Najafabadi, S. e Zwicker, J. (2019). Health-related quality of life of children with Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 84, 85–95. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.05.012.
- > Kemph, J. e Voeller, K. (2013). Reactive attachment disorder in adolescence. In L. Flaherty (Ed.). *Adolescent Psychiatry, V. 30: The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry* (pp. 159-178). New York: The Analytic Press.
- > Liberman, R., Hilty, D., Drake R. e Tsang, H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52 (10). 1331-1342.
- > Loh, P., Piek, J. e Barret, N. (2011). Comorbid ADHD and DCD: Examining cognitive functions using the WISC-IV. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (4) 1260–1269. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.02.008.

- > Lopes, J. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- > Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: D. Cicchetti e D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>nd</sup> edition, vol. 3). New York: Wiley.
- > MABC-2 - *Bateria de avaliação do movimento para crianças 2* [página web] (s.d.). Retirado no dia 15 de Fevereiro de: <http://www.edipsico.pt/files/mabc2.pdf>.
- > Manly, J., Lynch, M., Oshri, A., Herzog, M. e Wortel, S. (2013). The Impact of Neglect on Initial Adaptation to School. *Child Maltreatment*, 18(3), 155-170. DOI: 10.1177/1077559513496144.
- > McCain, M., Mustard, F. e Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Concil for Early Child Development.
- > McLaughlin, K., Sheridan, M. e Nelson, C. (2017). Neglect as a Violation of Species-Expectant Experience: Neurodevelopmental Consequences. *Biological Psychiatry*, 82(7), 462–471. DOI: 10.1016/j.biopsych.2017.02.1096.
- > Mineiro, A., Caldas, A., Rodrigues, I. e Leal, G. (2008). Revisitando as Afasias na PALPA-P. *Cadernos de Saúde*, 1 (2), 135-146.
- > Nemeroff, C. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, 89(5), 892-909. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
- > Ng, M., Chui, M., Lin, L., Fong, A. e Chan, D. (2015). Performance of the Visual-Motor Integration of Preschool Children in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 25(1), 7–14. DOI: 10.1016/j.hkjot.2015.06.002
- > Obradović, J., Bush, N., Stamperdahl, J., Adler, N. e Boyce, W. (2010). Biological Sensitivity to Context: The Interactive Effects of Stress Reactivity and Family Adversity on Socio-Emotional Behavior and School Readiness. *Child Development*, 81(1), 270–289. DOI:10.1111/j.1467-8624.2009.01394.x.
- > Odhayani, A., Watson, W. e Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian Family Physician*, 59 (8). 831-836.
- > Pearson Education (2019). *KeyMath™-3 Diagnostic Assessment – Product Details* [página web]. Retirado no dia 13 de fevereiro de:

<https://www.pearsonclinical.com/education/products/100000649/keymath3-diagnostic-assessment.html#tab-details>.


- > Phelan, T. (2005). *TDA/DAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo, Brasil: M. Books.
- > Piek, J. e Dyck, M. (2004). Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder. *Human Movement Science*, 23 (3-4), 475–488. DOI: 10.1016/j.humov.2004.08.019.
- > Piek, J., Pitcher, T. e Hay, D. (1999). Motor coordination and kinaesthesia in boys with attention deficit–hyperactivity disorder. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 41(3), 159–165.
- > Pitcher, T., Piek, J. e Hay, D. (2003). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 45(8), 525–535.
- > Psiquilivros (s.d.). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) CD-ROM* [página web]. Retirado a 2 de Fevereiro de 2019 de <https://www.psiquilivros.pt/produto/manual-do-sistema-de-avaliacao-empiricamente-validado-aseba-cd-rom/>.
- > Rodrigues, A. (2004). *Avaliação da PHDA: Escalas Revistas de Conners - Texto de apoio*. Retirado no dia 26 de Fevereiro de <https://www.scribd.com/document/361241075/Escalas-Revistas-de-Conners-texto-Apoio>.
- > Rodrigues, A. e Antunes, N. (2013). *Mais forte do que eu!*. Alfragide: Lua de papel. ISBN: 9789892325491.
- > Rueda, F. e Bartholomeu, D. (2006). Estudo sobre a unidimensionalidade do teste Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19(1), 66-73. DOI: 10.1590/S0102-79722006000100010.
- > Schwartz, E. e Davis, A. (2006). Reactive Attachment Disorder: Implications for School Readiness and School Functioning. *Psychology in the Schools*, 43(4), 471-479. DOI: 10.1002/pits.20161.
- > Shonkoff, J. e Garner, A. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *American Academy of Pediatrics*, 129(1), 232-246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.



- > Stauffenberg, C. e Campbell, S. (2007). Predicting the Early Developmental Course of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(5-6), 536-552.
- > Sucena, A. e Castro, S. (2011). *Bateria de Avaliação da Leitura em Português Europeu – Manual*. Lisboa: CEGOC- TEA.
- > Vatandoust, L. e Hasanzadeh, R. (2018). The Study of the Emotion Recognition and the Cognitive Failures of Children With Developmental Coordination Disorder. *Iranian Rehabilitation Journal*, 16(2), 121-130. DOI: 10.32598/irj.16.2.121.
- > Viana, F., Ribeiro, I., Maia, J. e Santos, S. (2013). Propriedades Psicométricas da Prova de Reconhecimento de Palavras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 231-240.
- > Watenberg, N., Waiserberg, N. Zuk, L. e Lerman-Sagie, T. (2007). Developmental coordination disorder in children with attention-deficit–hyperactivity disorder and physical therapy intervention. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 49(12), 920–925.
- > Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone S. e Pennington, B., (2005). Validity of the Executive Function Theory of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006.
- > *WISC-III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição* [página web]. (s.d.). Retirado no dia 13 de Fevereiro de <https://www.hogrefe.pt/shop/escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-criancas-3-edico.html>.
- > World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- > World Health Organization (2001). *The World health report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- > World Health Organization (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review*. Geneva: World Health Organization.

- > World Health Organization (2014). *Mental health: a state of well-being*. Retirado no dia 15 de Agosto do sítio: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
- > World Health Organization (2016). *Fact-Sheet: Child maltreatment* [página web]. Retirado no dia 20/12/2018 do site: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- > World Health Organization (2019). *Violence and Injury Prevention: Child maltreatment (child abuse)* [página web]. Retirado no dia 20/12/2018 do site: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/child/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/).
- > Yàñez-Téllez, et al. (2012). Cognitive and executive functions in ADHD. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(6), 293-298.
- > Zeanah, C. e Gleason, M. (2010). *Reactive Attachment Disorder: a review for DSM-V*.
- > Zwicker, J., Harris, S. e Klassen, A. (2012). Quality of life domains affected in children with developmental coordination disorder: a systematic review. *Child: care, health and development*, 39(4), 562-580. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2012.01379.x.

### ANEXO A – Contrato de Aprendizagem CADIn



#### Atividades e dinâmicas previstas para Estágio

→ O estágio terá a duração de aproximadamente 26 semanas e uma carga horária semanal de aproximadamente 21 horas, de modo a perfazer 548 horas de trabalho de campo na instituição. A distribuição das diferentes atividades encontra-se no cronograma. O horário do aluno será definido semanalmente;

→ A presença do aluno das sessões do orientador está sujeita à autorização dos pais dos utentes. O aluno poderá ser impossibilitado de assistir às sessões do Orientador, sempre que este entender ser necessário, tendo em conta o superior interesse do utente e sua família;

→ O aluno, para além das atividades referidas no cronograma, deverá participar nas seguintes reuniões:

- Reuniões semanais com o Orientador, das 12h às 13h (feedback recíproco, discussão, correção e reflexão do trabalho desenvolvido ao longo da semana)
- Reuniões quinzenais com o Coordenador de estágios, às quartas-feiras das 15h00 às 16h00.
- Reuniões de equipa que têm lugar semanalmente, às terças-feiras das 13h00 às 14h00.
- Reuniões quinzenais de equipa para discussão e casos clínicos (quintas das 13h00 às 14h00);
- Reuniões em escolas sempre que se justifique
- Workshops e Ações de Sensibilização dinamizados pela equipa do CADIn que se entenderem ser pertinentes

→ Ao longo do estágio, o aluno deverá respeitar os prazos definidos pelo Orientador, sendo estes redefinidos sempre que haja um motivo válido:

- Entrega de registos de sessões observadas todas as segundas-feiras, via e-mail
- Entrega de planos de sessão de intervenção na sexta-feira anterior à sua aplicação
- Outras entregas assinaladas no cronograma

→ As avaliações serão realizadas nas datas previstas no cronograma, com as grelhas do CADIn (adaptadas de ESSA) e com o preenchimento, pelo aluno e pelo Orientador, dos questionários de Expectativas. O aluno deverá ainda preencher o questionário de avaliação do Orientador.

→ Os objetivos do estágio serão aprovados por ambos, Orientador e aluno e será elaborado um Contrato de Aprendizagem, flexível e passível de ser alterado ao longo do estágio. Qualquer alteração será feita com mútuo acordo.

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

Joana Fonte

O Aluno,

Filipe



## Contrato de aprendizagem

- a) O estágio terá como objetivo geral o desenvolvimento e preparação do aluno para a entrada no mundo do trabalho visando atingir o máximo nível de autonomia possível, nas seguintes áreas:

- I. Avaliação
- II. Análise e interpretação de casos clínicos
- III. Planejamento da intervenção
- IV. Intervenção
- V. Raciocínio clínico
- VI. Comunicação profissional

- b) Com base nestes objetivos gerais serão definidos objetivos específicos.
- c) A cada objetivo específico corresponderão 3 níveis de execução - Inicial, Médio e Final. Assim, para cada objetivo específico serão esperados diferentes níveis de autonomia do aluno e diferentes níveis de apoio do Orientador.
- d) No nível **Inicial**, o Orientador deverá orientar e dirigir todas as tarefas exigidas ao aluno, dando-lhe as ajudas de que necessitar e as ferramentas necessárias à sua autonomia futura.
- e) No nível **Médio**, o Orientador deverá assumir um apoio mais intermitente, facultando todos os materiais solicitados pelo aluno, tentando promover nele uma "autonomia ainda dirigida".
- f) No nível **Final**, o Orientador deverá apenas esclarecer dúvidas colocadas pelo aluno. Todo o trabalho será desenvolvido pelo aluno desde a recolha, ao planeamento e à execução.
- g) Prevê-se que determinados objetivos não passem por todas as fases tendo em conta a evolução do aluno e as competências em questão.

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

Jonathão

O Aluno,

Isabel

## Contrato de aprendizagem



### I - Avaliação

- Selecionar métodos de recolha de dados
- Operacionalizar a recolha de dados com a seleção da informação relevante a partir de diferentes fontes
- Elaborar a anamnese do utente;
- Sintetizar a informação recolhida
- Identificar as áreas a avaliar
- Conhecer os instrumentos de Avaliação Formal disponíveis no serviço
- Identificar métodos e processos formais e informais de avaliação
- Adaptar os procedimentos de avaliação às diferentes características e necessidades individuais
- Aplicar instrumentos formais de avaliação com supervisão do Orientador
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos

23 de Outubro de 2017

### II – Análise e Interpretação

- Identificar fatores de insucesso ou má prestação do utente durante o processo de avaliação (comportamento, desatenção, agitação motora, medicação, etc.)
- Estabelecer a linha de base para a intervenção: áreas fortes e áreas fracas
- Elaborar o diagnóstico
- Estabelecer e justificar prognósticos, sempre que possível
- Identificar e utilizar medidas de avaliação da eficácia da intervenção e efetuar as necessárias reformulações
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos;

O Orientador,

O Aluno,

João Honk

Filipe



## Contrato de aprendizagem

### III – Planeamento da intervenção

- Estabelecer objetivos de intervenção direta e indireta
- Ter em conta as expectativas do utente e/ou família relativamente à intervenção na elaboração do plano
- Selecionar metodologias de intervenção adequadas
- Selecionar e aplicar estratégias de intervenção eficazes de acordo com cada objetivo estabelecido
- Definir atividades, selecionar e elaborar materiais de intervenção
- Elaborar planos de sessão, com objetivos e materiais a utilizar
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos

### IV - Intervenção

- Fazer registos diários das sessões de intervenção observadas
- Registrar diariamente os resultados das sessões realizadas
- Refletir sobre as sessões observadas e realizadas sob supervisão
- Redefinir objetivos durante as sessões de acordo com os limites de tolerância e comportamento dos utentes
- Manter a motivação do utente em cada sessão e ao longo do processo de intervenção
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos

O Orientador,

O Aluno,

23 de Outubro de 2017

*Joana Horta*

*Thyphex*



## Contrato de aprendizagem

### V- Raciocínio Clínico

- Relacionar os dados recolhidos com a identificação de fatores etiológicos, limitadores e facilitadores
- Relacionar entre si os dados dos diferentes testes aplicados
- Relacionar os dados da avaliação com os dados de anamnese
- Distinguir quadros clínicos
- Sustentar as suas decisões na evidência científica, realizando pesquisa bibliográfica
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.

### VI- Comunicação Profissional

- Dominar a terminologia clínica
- Colaborar nas atividades dinamizadas pela instituição, sempre que lhe seja solicitado
- Reconhecer a importância do desenvolvimento contínuo e procurar orientações profissionais
- Ser empático, reconhecendo as necessidades, valores, modos de comunicação e nível cultural e linguístico do utente, família/cuidador ou de outros elementos relevantes no processo
- Respeitar os aspetos éticos envolvidos relativamente ao utente e a todos os intervenientes no processo, bem como aos documentos que lhe são facultados
- Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

Jonas Henriques

O Aluno,

Filipe

## Contrato de aprendizagem

### Compete ao Orientador

- Receber e integrar o aluno na instituição, informando-o do funcionamento geral, dinâmicas e hierarquias
- Regular o processo de ensino/aprendizagem durante o período de estágio
- Selecionar e orientar as situações de aprendizagem, apoiando a sua formação teórica e prática, as suas atitudes, participação e rendimento, de modo a permitir-lhe atingir os objetivos do estágio
- Explicar ao aluno as atividades e tarefas a realizar, assim como os objetivos a atingir
- Fornecer todas as informações solicitadas pelo aluno em relação aos casos, desde que seja justificada a sua pertinência
- Adequar os suas estratégias pedagógicas e metodologias de trabalho, tendo em conta o *feedback* do aluno
- Fornecer *feedback* regularmente ao aluno relativamente ao seu desempenho face ao que é esperado
- Proceder às diferentes formas de avaliação: Diagnóstica (24 de Novembro de 2017), à avaliação formativa sensivelmente a meio do estágio (meados de Fevereiro de 2018) e à avaliação sumativa final (final de Maio de 2018) segundo os critérios estabelecidos pelo CADIn.

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

João Haste

O Aluno,

Diogo





## Cronograma de planeamento do Estágio

### Atividades semanais

- Observação e Planeamento de atividades e sessões de EER
- Observação de avaliações
- Aplicação de Instrumentos de avaliação
- Observação de sessões de intervenção
- Entrega de registos de sessões e reflexão crítica da semana anterior
- Reunião semanal de equipa, 3ª f das 13h00 às 14h00
- Reunião semanal com Orientador, 4ª feira das 12h às 13h
- Reunião quinzenal com Coordenador, 4ª f das 15h00 às 16h00
- Reunião quinzenal de equipa para discussão e casos clínicos, 5ª f das 13h00 às 14h00

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

*João M. B. Silva*

O Aluno,

*Filipe V.*

## Cronograma de planeamento do Estágio

Tema	Objetivos	Deadline
A Perturbação de Oposição e Desafio	Brochura Teórico/Prática	
A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção/ Gestão Emocional	Impacto nos diferentes contextos	
Estratégias de Modificação de Comportamento em contexto escolar e familiar	Brochura Teórico/Prática	
Stress Parental/Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	Questionários	

23 de Outubro de 2017

O Orientador,

*João Horta*

O Aluno,

*Aluno*



## Cronograma de planeamento do Estágio

### Avaliações

- Diagnóstica – 24 de Novembro de 2017
- Formativa – meados de Fevereiro de 2018
- Sumativa – final de Maio de 2018

O Orientador,

João Horta

O Aluno,

Filipe

23 de Outubro de 2017

### Horário

Dias	Entrada	Saída	Local
2ªFeira	16h00	20h00	Cascais
3ªFeira	10h00	18h00	Lisboa
4ªFeira	10h00	20h00	Cascais
5ªFeira			
6ªFeira	14h00	20h00	Cascais

Semanalmente poderão ser feitos ajustes ao horário de acordo com a agenda do Orientador e/ou situações pontuais de ambos

23 de Outubro de 2017

O Orientador,



O Aluno,



## ANEXO B – Descrição dos Instrumentos de Avaliação

### Da Avaliação Psicomotora:

- A Bateria Psicomotora foi proposta por Vítor da Fonseca, e permite avaliar o perfil psicomotor e o potencial de aprendizagem de cada criança, ou seja, permite-nos perceber o grau de organização neurológica da criança e identificar sinais desviantes. Esta tem como base a organização funcional do cérebro proposta por Lúria, sendo composto por atividades que avaliam os sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Na avaliação o técnico toma a atitude de mediatizador, encorajando de forma lúdica e criativa a criança a atingir o seu potencial máximo (Fonseca, 2010).
- O Developmental Test of Visual Perception - DTVP-2 (Hammil, D.; Pearson, N. e Voress, J., 1993) permite a avaliação da percepção visual e da integração visuo-motora em crianças entre os quatro e os 10 anos e 11 meses de idade. É composto por oito subtestes: coordenação oculo-manual, posição no espaço, cópia, figura-fundo, relações espaciais, fechamento visual, velocidade visuo-motora e constância da forma. A partir da aplicação dos mesmos é possível obter o quociente geral de percepção visual, ou a pontuação do quociente de percepção visual com motricidade reduzida e do quociente de integração visuo-motora (Hammil, Pearson e Voress, 1993).
- A Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças – 2 - M-ABC-2 (Henderson, Sugden e Barnett, 2007; adaptado por Martins, Vasconcelos, Matias, Cardoso, Botelho e Rodrigues, 2011) permite identificar dificuldades no movimento nas crianças entre os quatro e os 16 anos de idade, e consequentemente planificar um programa de intervenção. Este é composto por três bandas no sentido de melhor adequar as atividades ao desempenho motor esperado para cada faixa etária. Através da aplicação é possível avaliar três domínios: a destreza manual, a capacidade de lançar e apanhar e o equilíbrio (MABC-2 - Bateria de avaliação do movimento para crianças 2, s.d.).
- O Beery Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration - VMI (Beery, Beery 35 e Buktenica, 2004) permite a identificação de dificuldades no desenvolvimento da integração visuo-motora. Este pode ser aplicado a partir dos dois anos e é constituído por uma sequência de 24 formas geométricas, que têm de ser copiadas. Pode ser administrado em grupo ou individualmente, demorando

aproximadamente entre 10 a 15 minutos (Beery e Beery, 2006; cit in Ng, Chui, Lin, Fong e Chan, 2015).

#### **Da Avaliação em Intervenção Precoce:**

- A Escala de Desenvolvimento Griffiths (Griffiths, R., 1996; adaptado por Ferreira, Carvalhão, Gil, Ulrich e Fernandes, 2007), avalia o ritmo de desenvolvimento de crianças entre os dois e os oito anos, em seis áreas: locomoção, pessoal/social, linguagem, coordenação olho-mão, realização e raciocínio prático (Griffiths 2-8, s.d.).

#### **Da Avaliação Comportamental:**

- Achenbach System of Empirically Based Assessment - ASEBA (Achenbach e Rescorla, 2000) com adaptação portuguesa de Achenbach, Rescorla, Dias, Ramalho, Lima, Machado e Gonçalves (2014) é um instrumento com referência à normal, que permite a avaliação do funcionamento adaptativo do indivíduo através de uma abordagem compreensiva a partir do relato de diferentes informantes (e.g.: escola, pais, o próprio). Desta forma é possível a identificação do padrão de funcionamento, a avaliação de sintomas psicopatológicos e de competências psicossociais de qualquer indivíduo com mais de 18 meses de idade, estando a adaptação portuguesa feita apenas até aos 18 anos. O teste permite uma comparação direta com o DSM-V através de escalas de resultados orientadas para os critérios de diagnóstico do DSM (Achenbach, 2019; Psiquilivros, s.d.).
- Escala Revista de Conners (1997, adaptado por Rodrigues, 2000) permite a avaliação dos problemas de comportamento, através de questionários a perspetiva individual e quando possível conjugada de professores, pais (ou outras pessoas responsáveis pela educação da criança) e adolescentes. Pode ser utilizada em crianças entre os três e os 17 anos (Rodrigues, 2004).
- O Teste de Fluência Verbal foi construído pela equipa do CADIn e é um teste informal para despiste de PHDA, o teste divide-se em três partes, em cada parte a criança tem 60 segundos para dizer o maior número possível de animais, nomes ou alimentos, de acordo com o pedido. Na folha de registo há uma tabela que divide os 60 segundos em quatro partes, a técnica deve registar todos os nomes indicados pela criança no tempo correto, procurando posteriormente analisar se a criança apresentou repetição ou organização por categorias. Durante a prova é feita uma avaliação formal do comportamento não verbal da criança.



### **Da Avaliação Psicopedagógica:**

- O Key-Math 3 (Conolly, 2007) é um instrumento que avalia as capacidades e conceitos básicos da matemática, é um teste com referência à norma, mas não está atualmente validado para a população portuguesa. Pode ser aplicado entre os quatro anos e meio e os 21 anos de idade, e divide-se em três domínios: conceitos básicos (conhecimento conceitual), operações (capacidades de cálculo) e aplicações (resolução de problemas) (Pearson Education, 2019).
- O Teste da Consciência Fonológica foi construído pela equipa do CADIn (2008) e procura avaliar de forma informal capacidades de consciência fonológica como a identificação de rima, a identificação, segmentação e manipulação de sílabas e a identificação, segmentação, síntese e manipulação de fonemas.
- O Pediatric Early Elementary Examination 2 - PEEX-2 (Levine, 1996, adaptado por Núcleo de Dislexia CADIn, 2006) e o Pediatric Examination of Education Readiness at Middle Childhood - PEERAMID 2 (Levine, 1996, adaptado por Núcleo Dislexia CADIn, 2006), são testes padronizados que permitem a avaliação do neurodesenvolvimento e neurocomportamento. O primeiro é aplicado em crianças entre os 6 e os 8 anos e 11 meses e o segundo a crianças entre os 9 e os 14 anos e 11 meses. Os testes dividem-se em cinco domínios: motricidade fina, linguagem, motricidade global, memória e processamento visual. Todos os itens dos instrumentos estão diretamente relacionados com aspetos específicos da prontidão escolar e ajudam a avaliar as funções do neurodesenvolvimento necessárias para uma boa aprendizagem e adaptação escolar (Henry, Sloane e Black-Pond, 2007).
- A Prova de Reconhecimento de Palavras (Viana e Ribeiro, 2010) permite a avaliação do reconhecimento de palavras de acordo com: a conceptualização teórica de léxico mental e a hipótese de ativação de múltiplos candidatos lexicais no processo de ativação. Esta é assim uma prova de *screening*, que pode ser aplicada de forma individual ou em grupo a crianças que frequentem o primeiro ciclo. A prova é constituída por 40 itens, onde é apresentada uma imagem, seguida de 4 palavras, devendo os sujeitos assinalar a palavra que nomeia a imagem (Viana, Ribeiro, Maia e Santos, 2013).
- O Inventário de Ortografia Informal foi criado pelo núcleo das dificuldades de aprendizagem do CADIn (2005) e consiste na avaliação da ortografia e da consistência do erro, através de um ditado de palavras de acordo com o ano escolar da criança.

- A Bateria de Provas do Pré-Escolar (Cruz, 1989, adaptação portuguesa 1996) permite a avaliação de capacidades que têm influência na aprendizagem escolar, ou seja, da prontidão escolar. As capacidades avaliadas correspondem a cada sub-teste e são: compreensão verbal, conceitos quantitativos, relações espaciais, constância da forma e orientação espacial. A aplicação pode ser individual ou em grupo, para crianças a frequentar o pré-escolar com idades entre os 6 e os 7 anos (Cruz, 1989).
- A Bateria de Avaliação da Leitura em Português Europeu – ALEPE (Sucena e Castro, 2011) permite a avaliação dos processos envolvidos na aprendizagem da leitura (consciência fonológica, nomeação rápida, conhecimento de letras, leitura de palavras e de pseudopalavras), permitindo assim identificar os défices que estão na base do desenvolvimento de dificuldades de aprendizagem da leitura. Destina-se a crianças a frequentar o primeiro e segundo ciclo, sendo de aplicação individual. O teste divide-se em duas dimensões: o processamento da palavra escrita e o processamento fonológico. A primeira é constituída por três provas e a segunda duas provas (Sucena e Castro, 2011).
- O Teste Informal da Avaliação da Leitura é um teste informal e foi construído pelo núcleo das dificuldades de aprendizagem do CADIn (2005), é composto por diversos testes de acordo com o ano letivo, sendo composto pela componente da leitura, da compreensão e resumo de textos. A leitura é avaliada através da rapidez, fluência e prosódia pela técnica. O resumo/ reconto é feito de forma oral. A compreensão do texto é em idades mais baixas avaliada através do preenchimento de lacunas, e em idades mais avançadas avaliada através da resposta a questões sobre o texto.
- As Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português - PALPA-P (Kay, Lesser e Coltheart, adaptado por Castro, Caló e Gomes, 2007) é uma bateria adequada à língua portuguesa, que permite avaliar as várias dificuldades de linguagem em crianças e adultos. A bateria é constituída por 60 tarefas psicolinguísticas destinadas a avaliar: a nomeação (através de imagens), a discriminação auditiva, a repetição de palavras, a compreensão de palavras e de frases, a memória, o conhecimento dos grafemas (letras), a consciência fonológica e as competências da leitura e da escrita (Mineiro, Caldas, Rodrigues e Leal, 2008).

#### **Da Avaliação Cognitiva:**

- A WISC-III (2002), é um instrumento que requer formação na área da psicologia, e permite a avaliação e comparação das componentes verbal e de realização, obtendo-se a informação relativa ao QI Verbal, QI de Realização, QI da Escala Completa, Índice de Compreensão Verbal Índice de Organização Percetiva e Índice



da Velocidade de Processamento. Pode ser aplicado entre os 6 e os 16 anos, tem de ser aplicado de forma individual. Este teste tem referência à norma, estando validado para a população portuguesa (WISC-III, s.d.).

- As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven, Raven, Court, 2000; adaptado por Ferreira, s.d.) visam a avaliação a capacidade de educação de relações dos sujeitos, capacidade esta, que é considerada como uma das principais componentes da inteligência geral. Este instrumento é composto por três séries (A, AB e B) cada uma com 12 itens. O teste consiste na escolha de entre seis alternativas do pedaço em falta das imagens apresentadas. O teste pode ser aplicada a crianças entre os cinco e os 12 anos ou adultos com baixo grau de escolaridade, podendo a aplicação ser individual ou em grupo (CPM-P: Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, s.d.; Rueda e Bartholomeu, 2006).
- O teste de Cópias de Figuras Complexas ou Figura Complexa de Rey (Rey, 1998; adaptado por Rocha e Coelho, s.d.) procura avaliar a capacidade de organização perceptivo-motora, a atenção e a memória visual imediata. Pode ser aplicada a crianças e adultos a partir dos 5 anos, de forma individual, tendo uma duração média de 10 minutos. A prova é composta por duas fases, na primeira é pedido o desenho da figura através da cópia e na segunda pede-se o desenho tendo por base a memória da figura. A prova é constituída por duas figuras (A e B). A primeira corresponde ao modelo de desenho utilizado com maior frequência, podendo ser aplicada a crianças e adultos a partir dos 5 anos. A segunda figura permite fazer a avaliação de crianças dos 4 aos 8 anos, ou de adultos em que se suspeita da existência de grandes défices intelectuais (Figura Complexa de Rey, s.d.).
- O Leiter International Performance Scale - Leiter-E (Roid e Miller, 1997) é um teste que avalia as capacidades cognitivas de crianças entre os 2 e os 20 anos. Este é um teste não-verbal, e nesse sentido é frequentemente utilizado em populações especiais, servindo de alternativa aos instrumentos tradicionais de avaliação da inteligência. Este teste é composto pela Bateria de Visualização e Raciocínio (BVR), que compõe o QI não-verbal; a Bateria de Atenção e Memória (BAM) e quatro escalas sócio emocionais (Antonio, Mecca e Macedo, 2012).
- Cognitive Assessment System - CAS (Naglieri, Jack e Das, 1997) adaptado por Rodrigues (2000), permite a avaliação das capacidades cognitivas de Planeamento, Atenção, Processamento Simultâneo e Processamento Sucessivo em crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos. Pode ser utilizada a Bateria Básica ou a Standard, a primeira consiste em 8 subtestes, dois por cada processo cognitivo acima mencionado; a segunda é composta por 12 subtestes, três por cada processo cognitivo. A bateria permite assim compreender as funções cognitivas e

neuropsicológicas, apresentando ser útil para a realização de diagnósticos diferenciais (Naglieri e Das, 1997, cit in Cruz, 2007).

- Prova de Cancelamento de Sinais de Zazzo, permite a avaliação da capacidade de atenção sustentada. Neste teste a criança durante 10 minutos deve assinalar todos os sinais iguais aos dois presentes no topo da folha. Para cotação e análise, contam-se: o número de sinais assinalados corretamente, o número de erros (marcar sinais diferentes do modelo) e lacunas cometidas (não assinalar sinais iguais aos do modelo) (Aubert, 2000).
- O Teste de atenção D2 (Brickenkamp, 1981) adaptado por Ferreira e Rocha (2007) procura avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração em indivíduos com mais de 8 anos. Este teste permite também a análise da velocidade de processamento da informação, precisão e de aspetos qualitativos sobre o desempenho. Este teste pode ser aplicado de forma individual ou em grupo e demora aproximadamente oito minutos a aplicar (D2: Teste de Atenção, s.d.).

## ANEXO C – Relatório de Avaliação Inicial do estudo de caso A.

### Relatório de Intervenção

#### I - IDENTIFICAÇÃO:

<b>Nome:</b>	<b>A.</b>
<b>CAD:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	12 de Janeiro de 2011
<b>Idade Cronológica:</b>	7 anos
<b>Início de Intervenção no CADIn:</b>	Março de 2017
<b>Periodicidade da Intervenção:</b>	Sessões de 1 hora, duas vezes por semana
<b>Médico Responsável:</b>	██████████ - Psiquiatria da Infância e da Adolescência
<b>Data da Avaliação:</b>	Janeiro e Fevereiro 2018
<b>Avaliação realizada por:</b>	Filipa Vieira – Estagiária de Reabilitação Psicomotora ██████████ - Estagiária de Psicologia Clínica ██████████ – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação ██████████ – Psicóloga Clínica

#### II – ENQUADRAMENTO CLÍNICO:

##### PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: ORIGEM E DESCRIÇÃO

A A. foi encaminhada para apoio ao nível da psicomotricidade após acompanhamento em consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência com o Dr. ██████████, nas quais foi estabelecido o diagnóstico de perturbação reativa da vinculação. O principal objetivo da intervenção seria a promoção do desenvolvimento global da A. num contexto securizante.

Durante os primeiros meses de intervenção foram observadas melhorias significativas nas capacidades básicas inerentes ao desenvolvimento da autonomia, do estabelecimento de relações e das aprendizagens, melhorias essas que foram também observadas na escola e que possibilitaram a passagem para o 1º ano do 1º ciclo.

Inicialmente as sessões tiveram uma frequência semanal, passando em Novembro de 2017 a uma frequência bissemanal. Esta necessidade surgiu pela observação de dificuldades na autonomia, na regulação das emoções e do comportamento, em paralelo com a entrada no primeiro ciclo, podendo assim dar um maior suporte à A. para que esta consiga acompanhar o ritmo de aprendizagem da turma.

Uma vez que não foi realizada nenhuma avaliação até à data, foi realizada uma avaliação mais formal, no âmbito do estágio curricular, com o objetivo de construir um perfil, que permita melhor compreender a origem e o impacto das dificuldades observadas, adaptando-se a partir daí o seu atual plano de intervenção.

## **HISTÓRIA CLÍNICA**

---

História de desenvolvimento: A A. é a primeira filha dos pais biológicos enquanto casal, tendo a mãe biológica tido 3 filhos de relações anteriores, os quais terão sido retirados à mãe pela segurança social por motivos de negligência. Após o nascimento, a A. foi autorizada a ir com os pais para casa (com supervisão de uma ama/ condição da CPCJ e F██████), tendo mais tarde, durante uma visita ao centro de saúde e por suspeitas de negligência, sido retirada a guarda aos pais. Aos 5 meses, a sua guarda é dada à F██████ (madrinha da A. e sobrinha do pai biológico), com quem vai viver, sendo nesta altura, realizadas visitas semanais com os pais biológicos, após as quais é referido que a A. ficava emocionalmente instável. As visitas são descritas como difíceis, não existindo estratégias de interação entre os pais e a criança, e com estes a discutirem entre si. Contudo, novamente por motivos de suspeitas de negligência física e nos cuidados de saúde, a situação é sinalizada e as visitas ficam suspensas.

Em termos de desenvolvimento, a A. é descrita desde cedo como pouco autónoma nas tarefas de vida diária, sendo referidas também dificuldades no cumprimento de regras e limites e na tolerância à frustração. Quando começou a sua intervenção no CADIn a A. apresentava um baixo desempenho psicomotor e dificuldades em algumas capacidades básicas inerentes ao bom desenvolvimento psicossocial e à aquisição de autonomia na realização de tarefas.

Contexto Familiar: A guarda legal da A. está atribuída à F██████ com quem vive, juntamente com o ████████ (companheiro) e o filho da F██████. A A. tem atualmente contacto com os pais biológicos, através de visitas semanais supervisionadas e estruturadas por técnicas de ação social. Estas visitas realizam-se à terça-feira, têm a duração de 1 hora e os pais vão buscar a A. à escola e de seguida lancham num café ou vão ao parque. Inicialmente eram realizadas no ████████████████, estando previsto que estas se comecem a realizar em casa dos pais biológicos, mantendo-se a supervisão.

Estas visitas objetivam o estabelecimento de uma relação saudável entre a A. e os pais biológicos.

Percurso académico: Quando entrou no CADIn, aos 6 anos, a A. frequentava o último ano do pré-escolar no [REDACTED]. Nesta altura, eram identificadas grandes dificuldades na autonomia, na compreensão e aquisição de padrões sociais da sua idade e na aquisição de aprendizagens. Após o início da intervenção foram observadas grandes melhorias, o que reforçou a passagem para o 1º ciclo. Ingressou no 1º ano na mesma instituição de ensino que frequentava, onde, de acordo com a professora, a A. teve uma boa adaptação social e às regras da sala de aula, estando presentes, contudo, dificuldades nas aprendizagens. É referido pela professora que a A. necessita de mais tempo e apoio para acompanhar a turma, neste sentido a A. usufrui de apoio educativo personalizado na sala de aula, com professora titular.

Comportamento e Socialização: A A. é uma menina curiosa e cheia de vontade de aprender. Apresenta algumas dificuldades na gestão de emoções que se traduzem numa fraca tolerância à frustração, sentimentos de insegurança e medo de falhar. No entanto, em ambientes onde sente mais confiança, observa-se maiores dificuldade em gerir a frustração bem como em aceitar pedidos e seguir regras. É ainda frequente a alteração da realidade, ou seja, quando questionada sobre diversos assuntos tem tendência para fantasiar sobre aquilo que realmente aconteceu ou está planeado acontecer.

Sono: Em 2016 em consulta não são referidas perturbações no sono, contudo atualmente a A. apresenta pesadelos, tendo também já apresentado episódios de enurese noturna.

Atividades e Interesses: A A. não frequenta qualquer atividade ou desporto. O que mais gosta de fazer é jogar no *tablet* e brincar com bonecas. Como seus principais interesses tem diversas figuras de animação como princesas, estando atualmente também muito interessada nas aprendizagens escolares.

Antecedentes Familiares: É referida a presença de patologia psiquiátrica na mãe biológica e hábitos alcoólicos no pai, são também referidos défices cognitivos em ambos os progenitores.

### **III - AVALIAÇÃO:**

#### **INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

---

De acordo com os objetivos da avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

<b>Avaliação Psicomotora</b>	› <b>M-ABC 2 - <i>Movement Assessment Battery for Children</i>, banda 1 - Segunda Edição (Barnett, A.; Henderson, S. e Sugden, D.);</b>
	› <b>Bateria Psicomotora (Fonseca, V.);</b>
	› <b>DTVP-2 - <i>Developmental Test of Visual Perception</i> – Segunda Edição (Hammil, D.; Pearson, N. e Voress, J.).</b>
<b>Avaliação Cognitiva</b>	› Teste de Fluência Verbal;
	› CAS - <i>Cognitive Assessment System</i> (Das, J. e Naglieri, J.);
	› Prova de cancelamento de sinais de Zazzo.;
	› Matrizes Progressivas de Raven;
	› WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para crianças.
<b>Avaliação Comportamental</b>	› Observação direta do comportamento, relacionamento e comunicação em sessão;
	› Questionário de Connors para Pais e Professores, forma completa – versão revista (traduzido e adaptado por Rodrigues, A.);
	› ASEBA - <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> - Sistema de avaliação Empiricamente Validado para Pais e Professores - Versão Portuguesa (2013);
	› Inventário das Capacidades e Limitações – Versão Escolar (adaptado de Dowdy, 1996);
	› Escala de Avaliação do Desempenho Acadêmico (adaptado de DuPaul, Rapport e Perriello, 1991).

## COMPORTAMENTO OBSERVADO DURANTE A AVALIAÇÃO

Durante a avaliação a A. não revelou qualquer dificuldade em estabelecer o contato visual ou na procura de interação. Na realização das provas a A. demonstrou interesse e empenho na tarefa, porém demonstrou pouca flexibilidade para o erro, procurando ativamente a “aprovação” das respostas que dava, expressando e verbalizando cansaço nas tarefas em que apresentava maiores dificuldades, sendo visíveis sinais de alguma insegurança – “eu não sei”, “fiz bem?” (sic) revelando assim uma baixa autoestima e a presença de alguma frustração, particularmente quando não conseguia realizar os pedidos num determinado tempo ou quando tinha a percepção da dificuldade da tarefa retraindo-se nas restantes provas. A atenção foi mantida e foi verificável que durante a realização dos subtestes a A. demonstrou necessidade em verbalizar todo o seu trabalho o que a pode ter prejudicado no cumprimento do tempo, no entanto é visível que essa verbalização é uma estratégia adotada para uma melhor organização do pensamento e consequentemente da tarefa.

Não foi observada agitação motora de forma significativa, verificando-se apenas alguma impulsividade em iniciar tarefas ou em responder a algumas questões sem compreender

a instrução até ao fim, esta impulsividade foi menos notória na avaliação da componente cognitiva. A realização das atividades foi lenta, estando presentes sincinesias bucais (e.g.: morder e lamber os lábios).

## **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

---

### **• AVALIAÇÃO PSICOMOTORA**

#### **Tonicidade**

Relativamente ao tónus de suporte poderemos considerar a extensibilidade e a passividade. A extensibilidade dos membros superiores mostrou-se adequada tanto ao nível dos adutores e extensores da coxa, como do quadríceps femoral. Nos membros superiores observa-se a presença de alguma resistência e rigidez na mobilização assistida e toque dos cotovelos e na extensão dos punhos. A mobilização para a flexão dos punhos não apresentou sinais de esforço. Nas tarefas de passividade foi observada a presença de movimentos abruptos e a dificuldade de relaxação passiva dos membros. Na observação de paratonias, foi identificada a presença de tensões e bloqueios nos membros superiores e inferiores, sugerindo dificuldade no acesso à descontração voluntária.

A observação tónica da A., sugere a presença de um perfil hipertónico.

#### **Equilibração**

A equilibração foi realizada com base na prova M-ABC 2, os resultados obtidos relativamente a este fator podem ser observados na tabela seguinte:

Prova	Standard Scores	Component Standard Scores
Apoio unipedal	7	5
Caminhar em bicos dos pés	6	
Saltar nos tapetes	2	

A A. apresenta resultados abaixo do esperado para a sua idade. Na prova de apoio unipedal e caminhar em bicos dos pés foi observada a presença de oscilações compensatórias e rigidez corporal. Na prova de saltar nos tapetes a A. demonstrou dificuldade em controlar a impulsividade e na organização espacial, o que prejudicou o seu desempenho.

#### **Lateralidade**

Da aplicação da prova, observou-se o seguinte perfil:

- Lateralidade ocular: direita.
- Lateralidade auditiva: direita.
- Lateralidade manual: direita.
- Lateralidade pedal: direita.

Verifica-se através destes resultados uma lateralidade adquirida, tendo a A. como lado preferencial o direito.

### **Noção do Corpo**

A A. apresentou dificuldades em nomear os dedos da mão e em distinguir os elementos ombro e cotovelo. Reconhece a direita e a esquerda, após instrução verbal. Apresentou movimentos controlados na prova de autoimagem e não conseguiu reproduzir as figuras apresentadas na prova de imitação de gestos. Foi ainda solicitado que desenhasse o seu próprio corpo, onde foi possível observar um desenho pouco investido e ligeiramente desproporcional, estando presentes pormenores faciais.

### **Estruturação Espaço-Temporal**

A A. apresentou dificuldades na capacidade de análise espacial e planificação motora na tarefa de organização. Na tarefa de estruturação dinâmica observa-se a aproximação à sequência apresentada com falhas na direção e posição relativa dos fósforos. Foi realizada uma representação topográfica onde se observou dificuldades na transferência de dados espaciais representados para dados espaciais agidos.

### **Motricidade Global**

Este fator psicomotor foi avaliado de provas do M-ABC 2. Os resultados encontram-se apresentados na tabela seguinte.

Prova	Standard Scores	Component Standard Scores
Apanhar saco de feijões	7	9
Lançar saco para o tapete	11	

Os resultados apresentados, encontram-se na média, tendo sido observado dificuldades na execução das tarefas, provenientes de um planeamento imaturo da ação.

### **Motricidade Fina**

Este fator foi avaliado pelas provas de Destreza Manual do M-ABC 2, os resultados encontram-se apresentados na tabela seguinte.



Prova	Standard Scores	Component Standard Scores
Enfiamento de moedas	7	6
Enfiar contas	10	
Desenhar percurso	3	

Os resultados encontram-se abaixo do esperado para a idade cronológica. Na prova de desenho do percurso observou-se uma realização com frequentes ajustes da folha e da caneta (levantou a caneta), o que prejudicou a sua prestação.

### Resultados Globais do M-ABC 2

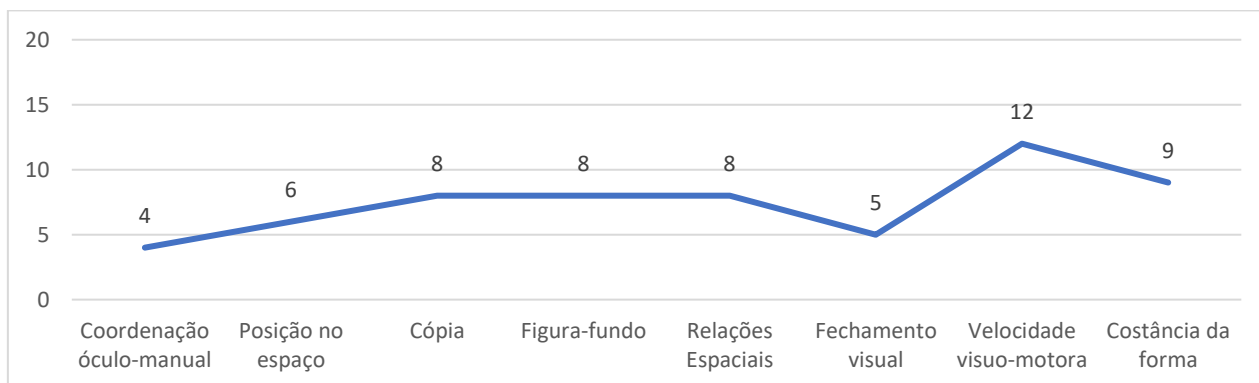
Na tabela seguinte encontram-se os resultados do conjunto das várias provas realizadas pela A..

	Resultado Standard	Em comparação com os pares
Destreza Manual	6	Inferior
Atirar e apanhar	9	Médio
Equilíbrio	5	Inferior
Total do teste	5	Inferior

O resultado obtido pela A. nos testes apresentados é abaixo do esperado para a sua idade, sendo prejudicado principalmente pelas tarefas de equilíbrio e destreza manual (Motricidade Fina).

### Percepção Visual

O **DTVP-2** é uma bateria de 8 subtestes que mede competências diferentes, mas interrelacionadas a nível viso-motor e visuoperceptivo. Na tabela seguinte estão representados obtidos.



Para a faixa etária da A. são esperados valores entre 8 e 12. Como observado, as provas de coordenação óculo-manual, posição no espaço e fechamento visual encontram-se

abaixo do esperado. Na coordenação óculo-manual as dificuldades apresentadas surgiram da dificuldade em manter a caneta no papel e a precisão.

Na tabela seguinte é realizada uma análise geral da sua realização, dividindo-a em três áreas principais: Percepção Visual Geral, Percepção Visual sem a componente motora e Integração Visuomotora.

Área	Resultado
Percepção Visual Geral	Quociente – 83 (médio inferior)
Percepção Visual sem a componente motora	Quociente – 80 (médio inferior)
Integração Visuomotora	Quociente – 65 (muito pobre)

A A. apresenta resultados de Percepção Visual Geral dentro do intervalo médio, contudo no intervalo inferior. Da análise dos resultados, parece ter havido maior prejuízo quando as provas envolviam a componente motora, apesar de as provas com maior prejuízo individual serem maioritariamente da componente da Percepção Visual sem a vertente motora. Estes resultados podem ser explicados pela presença de fatores emocionais, baixa velocidade de realização e organização espacial.

#### • AVALIAÇÃO COGNITIVA

É importante compreender que os resultados obtidos e descritos em cada um dos instrumentos, não podem ser interpretados de forma isolada e que só a sua interpretação articulada é passível de conclusões.

#### WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

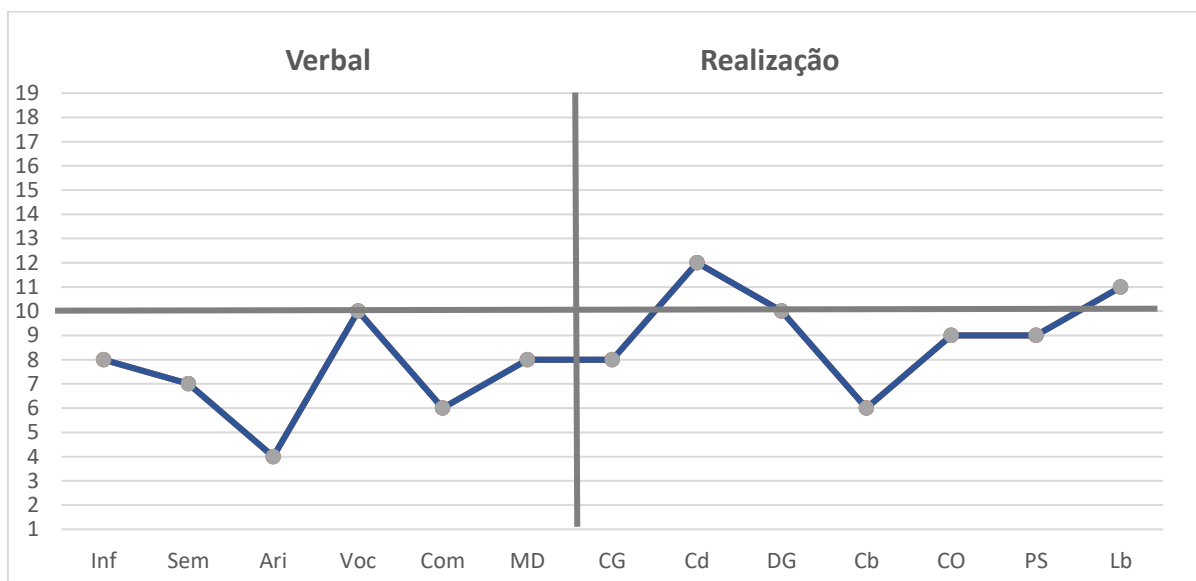
A avaliação do funcionamento intelectual, realizada através da WISC-III (Ver Anexo), permitiu obter os seguintes resultados apresentados no quadro que se segue:

	<b>Classificação</b> do nível de funcionamento por comparação com o grupo etário	<b>Intervalo</b> no qual se situa o QI/Índice (Estimado a 95% de confiança)
<b>QI de Escala Completa</b>	Médio Inferior	74-92
<b>QI Verbal</b>	Inferior	72-87
<b>QI de Realização</b>	Médio	84-102
<b>Índice Fatorial de Compreensão Verbal</b>	Médio Inferior	78-94

Índice Fatorial de Organização Perceptiva	Médio Inferior	80-99
Índice Fatorial de Velocidade de Processamento	Médio	92-113

Os resultados indicam um funcionamento cognitivo Homogêneo, uma vez que não apresentam diferenças significativas entre as dimensões verbal e não-verbal (realização).

- Revela um nível médio inferior no Índice de Compreensão Verbal, que realça alguma dificuldade ao nível da conceptualização verbal.
- Apresenta um nível médio inferior no Índice de Organização Perceptiva, o que revela algumas dificuldades na atividade perceptiva e estruturação espacial.
- Apresenta um nível Médio no Índice de Velocidade de Processamento, que revela uma velocidade de trabalho dentro do esperado quando comparada com o seu perfil cognitivo.



Com base no gráfico apresentado, a análise pormenorizada do perfil de desempenho nos vários subtestes da prova permite verificar o seguinte:

Na cognição verbal, os resultados apesar de inferior ao esperado são heterogêneos. Os testes verbais estão intimamente relacionados com a inteligência cristalizada, que prioriza o conhecimento e se refere à profundidade das informações adquiridas via escolarização. Assim a A. apresenta capacidades abaixo da média no que respeita a construção e manipulação verbais, o pensamento abstrato, a compreensão do mundo em seu redor e a utilização das competências académicas. Apresenta menos facilidade,

ou competências abaixo do esperado tendo em conta o seu perfil nas áreas do processamento e cálculo matemático, mas também a nível da compreensão e capacidades de adaptação prática ao meio.

Na cognição não-verbal, os resultados são homogêneos. Os testes de realização encontram-se diretamente relacionados com a inteligência fluida, que prioriza o raciocínio e se refere à capacidade geral de processar informações ou operações mentais realizadas na resolução de problemas/situações novos (as). Assim, a A. demonstra capacidades dentro do esperado para a sua faixa etária com especial atenção para a sua facilidade na memória visual e a coordenação grafo-percetiva e grafo-motora. Mas revela dificuldades na representação mental, perceção visual e estruturação espacial.

### **Funções Executivas**

A prova de **Fluência Verbal** avaliou a capacidade de categorização, alternância e flexibilidade mental. Nesta, a A., conseguiu referir um número significativo de itens, agrupando-os em categorias semânticas. Assim, apresenta capacidade de alternância e flexibilidade mental, sem indícios de perseveração.

A prova de **Canelamento de Sinais de Zazzo** permite medir duas vertentes da atenção: a atenção concentrada (com carácter seletivo e intensivo) e a atenção sustentada (relacionada com a manutenção da atenção).

A A. revelou capacidade de sustentar a atenção, obtendo um resultado (5,4) na média do esperado para a sua idade (3,4). Durante os 10 minutos de realização da prova o total de acertos (caracteres identificados corretamente) foi de 80 e de erros foi 3, sendo encontrados um total de 19 omissões (caracteres não identificados).

### **Cognitive Assessment System (CAS)**

O *Cognitive Assessment System* é um instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo que tem por base quatro componentes-chave – a capacidade de planeamento, atenção, processamento simultâneo e processamento sucessivo. Na presente avaliação foram utilizadas 4 das 13 provas que constituem o instrumento. No decorrer das provas é avaliado o tempo de resposta, o número de respostas corretas e as estratégias utilizadas ao longo da sua realização. A avaliação é feita com referência a critério, proporcionando assim uma apreciação qualitativa do desempenho.

Na prova de Emparelhamento de Números no primeiro item a A. assinalou todos os pares corretamente dentro do tempo de realização da tarefa. No item seguinte com o

aumento da complexidade da tarefa a A. não conseguiu assinalar todos os pares dentro do tempo, tendo sido identificados alguns erros nos pares constituídos por três algarismos. Pela observação verificou-se uma realização lenta e com esforço.

Na prova de Reprodução de Códigos a A. não conseguiu completar todos os códigos, completando apenas metade da tarefa em ambos os itens. Codificou a linha inteira da esquerda para a direita, de cima para baixo, confirmando código a código, codificou o item 2 de acordo com o padrão do item 1, não se apercebendo da alteração de padrão. A realização da tarefa foi lenta, sendo procurado constantemente um feedback positivo por parte da A..

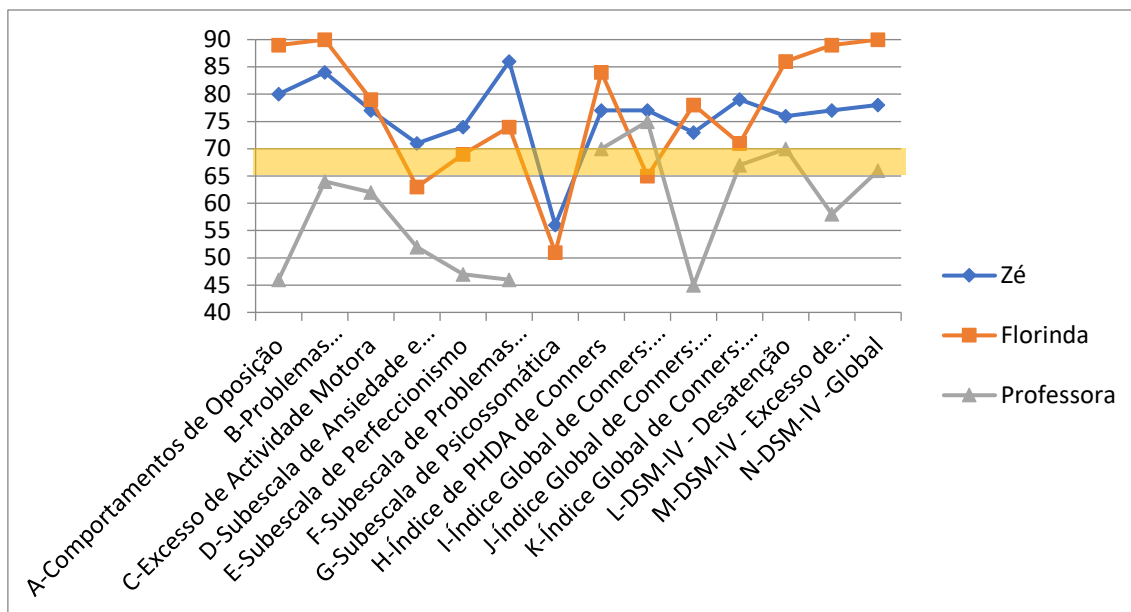
Na prova de Relações Verbo-Espaciais, a A. conseguiu acertar em 12 das 20 imagens apresentadas, sendo observadas dificuldades reter e tratar a informação. Enquanto a instrução era lida a A. focava por vezes o olhar no adulto e não nas imagens, pedindo diversas vezes para repetir a instrução dada. Foi possível perceber que algumas respostas foram dadas aleatoriamente, sem reflexão, particularmente aquando do aumento da complexidade nos itens, passando de elementos concretos para formas e conceitos abstratos (figuras geométricas/orientação espacial).

Na prova da Atenção Expressiva a A. identificou corretamente e na totalidade todos os itens apresentados, com algumas correções e hesitações nos dois últimos itens. Observa-se o aumento do tempo de resposta e do esforço na realização do último item.

- **AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL**

A **Escala Revista de Conners** é um instrumento de despiste de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) embora não seja o suficiente para o estabelecimento de um diagnóstico, por si só, constitui-se como um bom indicador do grau de gravidade e intensidade do problema apresentado pela criança/jovem. Avalia comportamentos e sintomas típicos da desatenção e da hiperatividade, assim como outros comportamentos e sintomas, geralmente associados à PHDA.

O gráfico seguinte, apresenta os perfis de comportamento, resultantes das respostas dos informantes.



Através dos resultados obtidos, é possível verificar alguma consistência nos resultados apresentados pelo contexto casa, no que diz respeito às subescalas assinaladas e ao valor obtido. Através dos perfis de resposta obtidos são observados valores clinicamente significativos (acima da média esperada para a idade) em comportamentos característicos de desatenção, oposição, agitação motora e impulsividade, dificuldades no relacionamento com os pares e na regulação do humor e das emoções. É importante salientar que em contexto escolar a professora apenas sinaliza de forma significativa os comportamentos impulsivos.

Valores elevados nestas áreas sugerem que a A. é uma criança com:

- tendência a recorrer a comportamentos desafiadores ou desajustados;
- dificuldade em inibir impulsos e regular o seu comportamento;
- maiores dificuldades académicas comparativamente aos seus pares;
- dificuldade ao nível da concentração nas tarefas que implicam um esforço mental prolongado;
- dificuldade em manter-se na mesma tarefa durante algum tempo, manifestando comportamentos de irrequietude motora;
- dificuldade em recordar-se de instruções ou da matéria já dada;
- dificuldade em inibir e regular emoções e sensações.

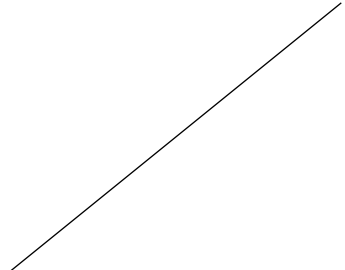
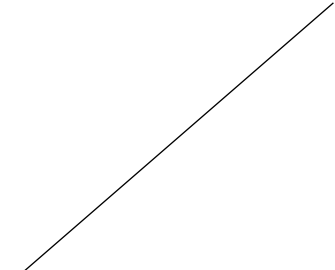
### Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA)

*Validação do Inventário do Comportamento de Crianças de Achenbach para Pais e Professores*

Este questionário considera várias dimensões clínicas, nomeadamente problemas sociais, problemas de atenção/ hiperatividade, isolamento, queixas somáticas, comportamento delinquente e problemas de pensamento.

Obtiveram-se resultados com significância clínica (ou *borderline* – em itálico) nos questionários devolvidos pelos informantes. A tabela que se segue ilustra as dimensões assinaladas.

Companheiro mãe adotiva	Mãe adotiva	Professora
<b>Ansiedade/Depressão:</b> “chora muito”, “medos”, “ser perfeito”, “sente que não gostam de si”, “sente-se sem valor”, “nervoso”, “culpado”.		
<b>Isolamento/Depressão:</b> “gosta de poucas coisas”, “gosta de estar sozinho”, “recusa-se a falar”, “reservado”.		
<b>Problemas de Pensamento:</b> “obsessões”, “ouve coisas”, “tiques”, “tira coisas da pele”, “dificuldade em dormir”.		
<b>Problemas de Atenção:</b> “infantil”, “não acaba”, “não se concentra”, “irrequieto”, “confuso”, “sonha acordado”, “impulsivo”, “trabalho”, “desatento”, “olhar fixo”.		
<b>Comportamento</b> <b>Delinquente:</b> “ausência de culpa”, “quebra regras”, “mente”, “prefere crianças mais velhas”.		

<b>Comportamento Agressivo:</b> “discute muito”, “crueldade”, “exige atenção”, “destrói as próprias coisas e dos outros”, “desobediente em casa e na escola”, “agride os outros”, “grita muito”, “teimoso”, “mudança de sentimentos”, “amua muito”, “arrelia”, “faz birras”.		
--	---	---

## INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÕES

### • AVALIAÇÃO PSICOMOTORA

Na avaliação psicomotora foi possível observar a existência de um perfil hipertónico que poderá ter impacto nos outros fatores psicomotores, traduzindo-se numa rigidez corporal e em dificuldades no controlo motor. Consequentemente observou-se uma fraca noção do corpo (imagem interiorizada e estruturada de si que permite a existência de uma referência interna nas relações com o exterior) e um planeamento imaturo da ação. Levando a dificuldades na organização espaço-temporal (relação do eu com o espaço exterior) e em comportamentos de impulsividade.

Os resultados na Perceção Visual, corroboram os dados anteriores, sendo identificado um perfil inferior na integração Visuomotora (componente que inclui a ação motora na realização). Contudo, estes resultados encontram-se no intervalo médio inferior, sendo observado durante a aplicação da prova a presença de fatores emocionais, baixa velocidade de realização e dificuldades na organização espacial, que terão prejudicado o seu desempenho.

### • AVALIAÇÃO COGNITIVA

No que respeita à avaliação cognitiva (WISC-III e Matrizes Progressivas de Raven), a A. apresenta resultados homogêneos para as competências de realização e competências verbais. No entanto demonstra competências abaixo do esperado a nível de cognição verbal mostrando dificuldades na compreensão do mundo em seu redor, nas competências académicas e no cálculo. Bem como a nível da cognição não verbal demonstra dificuldades na representação mental, perceção visual e estruturação



espacial. Ao analisar as Matrizes Progressivas de Raven que avalia a cognição global não estando influenciada pelas questões académicas, é possível comparar e verificar boas competências.

A A. durante a avaliação demonstrou necessidade de verbalizar o seu trabalho, estratégia adotada para uma melhor organização do pensamento e da execução da tarefa.

- **AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL**

Relativamente à avaliação comportamental, foram observados e referenciados comportamentos de impulsividade nos diferentes contextos e a presença de alguma agitação (identificados sobretudo pela professora) que podem ser provenientes da fraca capacidade de mentalização e integração corporal (corpo pouco vivido – hipertónico, fraca organização espacial, baixos valores de motricidade global) e de fatores emocionais/ insegurança.

Foram também observadas dificuldades na inibição e regulação de emoções/ sentimentos, impulsividade e comportamentos, bem como dificuldades académicas, e em situações onde é necessário: um elevado grau de esforço mental, compreender e organizar ideias. Pela observação esta situação decorrerá não só pela antecipação da dificuldade como da complexidade e dificuldade da tarefa em si.

Durante toda a avaliação, foi evidente a constante procura de aprovação e a presença de sinais de insegurança, sendo perceptível um evitamento das tarefas que são complexas para si. Contudo, perante feedback positivo do adulto apresenta maior capacidade de autorregulação e melhor desempenho.

A inconsistência na apreciação comportamental entre os contextos casa e escola, evidenciada nos perfis de resposta das escalas de Conners, poderá ser justificada pela maior confiança da A. no contexto casa para apresentar determinados comportamentos e tentar impor as suas vontades, testando e desafiando as regras e limites impostos neste ambiente. Por outro lado, o ambiente escolar mais estruturado e organizado poderá contribuir para uma maior regulação e ajustamento comportamental por parte da A. estando inserida num grupo de pares.

## **COMPONENTE EMOCIONAL**

A A. é uma criança que tem mostrado ao longo da intervenção características do tipo ansioso. Demonstra dificuldades a nível psicoafectivo e em lidar com a dinâmica familiar atual. Nos momentos pré e pós visitas aos pais biológicos são referidas pela mãe adotiva e professora comportamentos de maior labilidade emocional, irritabilidade e

intolerância à frustração. Também no presente são observadas manifestações de insegurança com medos, alterações do padrão de sono, com pesadelos e enurese noturna.

\*\*\*

Fazendo um resumo geral do anteriormente referido, a A. tem potencial de aprendizagem, no entanto poderá estar a ser significativamente afetado por outras condições adjacentes que se relacionam entre si, tais como dificuldades na gestão das emoções e do comportamento, labilidade emocional, fraco desenvolvimento psicomotor, envolvimento emocional instável e dificuldades na integração da dinâmica familiar. O que origina uma fraca capacidade de mentalização, baixa autoestima e autoconceito, bem como uma fraca disponibilidade emocional para as aprendizagens escolares.

## **IV – PLANO TERAPÊUTICO**

### **OBJETIVOS GERAIS DE INTERVENÇÃO**

---

Após a avaliação e um período de observação da A., foram estabelecidos alguns objetivos de intervenção que dizem respeito a quatro domínios fundamentais – comportamental, social, psicomotor e académico.

**Comportamental** – Desenvolver a capacidade de autorregulação do comportamento e das emoções.

- Identificar comportamentos desajustados, sendo capaz de os adequar pelo conhecimento de comportamentos alternativos e ajustados;
- Aumentar a compreensão e cumprimento de regras nos contextos em que se encontra;
- Diminuir comportamentos de distratibilidade e a frequência de erros por descuido;
- Reduzir comportamentos de impulsividade (conseguir esperar pela sua vez; ouvir as indicações até ao fim);
- Aumentar a capacidade de concentração nas tarefas (manter o pensamento na tarefa; permanecer em tarefas que exijam maior esforço por mais tempo);
- Adquirir competências de planeamento, organização e auto-monitorização das tarefas;
- Aumentar o empenho e motivação para as tarefas propostas (investimento/identificação de preferências/resposta a recompensas);
- Estimular o pensamento divergente e a capacidade imaginativa (ideias/vocabulário/iniciativa/estratégias).

### **Pessoal e Social** - Melhorar as suas competências pessoais e sociais.

- Adquirir a capacidade reconhecimento de estados emocionais em si, associando-os ao motivo do aparecimento dos mesmos;
- Conhecer e utilizar estratégias de autorregulação de estados emocionais;
- Aumentar o seu autoconceito (aumentar o conhecimento sobre si; identificar os seus sentimentos, emoções e pensamentos; reconhecer o seu envolvimento social e emocional);
- Melhorar a sua autoestima (construir uma imagem positiva de si; aumentar a confiança nas suas competências; diminuir a insegurança e o receio em falhar);
- Compreender a sua dinâmica familiar, integrando o papel emocional e social de cada pessoa;
- Aumentar a verbalização de situações de natureza afetiva (verbalizar e partilhar o que sente; associar sentimentos e emoções a situações que lhes correspondem; demonstrar afeto);
- Melhorar a capacidade de interação com o outro através da partilha, da conversação e da expressão não-verbal (verbalizar mais vezes a sua opinião, expressar sentimentos e emoções, partilhar interesses);
- Melhorar as suas competências de relação interpessoal (cooperação/partilha/respeito/responsabilidade).

### **Psicomotor**

- Reduzir o estado tónico, através da vivência do corpo, reconhecimento e eliminação de tensões e da aquisição da capacidade de mentalização;
- Melhorar a noção e imagem do seu corpo (conhecer os seus limites e tensões corporais; melhorar a sua representação corporal);
- Melhorar a sua representação espaço-temporal (capacidade de se orientar no espaço e de compreender relações e conceitos espaciais; melhorar a noção tempo dentro dos quatro domínios que o caracterizam - duração, ordem, sequência e ritmo);
- Adquirir a capacidade de planeamento da ação motora, evitando comportamentos de impulsividade;
- Melhorar as capacidades de perceção visual (coordenação óculo-manual; posição no espaço; fechamento visual).

### **Académico**

- Aumentar a capacidade de expressão verbal e o conhecimento de vocabulário diversificado;
- Aumentar a capacidade de escrita de palavras e frases;

- Melhorar a fluência da leitura;
- Ordenar e descrever sequências de acontecimentos;
- Adquirir a capacidade de compreensão e interpretação de frases e textos;
- Melhorar a capacidade de resolução de problemas e realização de operações matemáticas.

## RECOMENDAÇÕES

---

De acordo com o perfil da A., consideram-se as seguintes recomendações:

- › **Acompanhamento ao nível do comportamento e das emoções**, com o objetivo de trabalhar questões emocionais e comportamentais. O trabalho deverá procurar promover a autoestima, o autoconceito e a integração da dinâmica familiar, bem como a regulação do comportamento em diferentes contextos, e a organização e planeamento de tarefas.
- › **Apoio a nível das aprendizagens escolares**, procurando dar um suporte à A. para que esta acompanhe a turma nas aprendizagens escolares. Trabalhando assim a fluência da leitura e escrita, a compreensão e interpretação de textos, o pensamento e compreensão de conceitos abstratos e a resolução de problemas. O trabalho nesta área deverá ser ajustado de acordo com as dificuldades que forem surgindo ao longo do percurso escolar da A..
- › Na **escola**, sugere-se para os próximos anos letivos a implementação das medidas educativas especiais ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro, nas alíneas relativas ao Apoio Educativo Individual, para permitir à A. ter maior sucesso na aprendizagem.
- › Em **casa**, recomendam-se algumas atividades e estratégias que podem ajudar a A.:
  - manter uma atitude de parceria com a escola, de forma a que todos se mantenham ao corrente da situação da A.;
  - estabelecer regras e limites claros, que quando não cumpridos após dois avisos, têm uma consequência previamente definida;
  - mostrar disponibilidade e flexibilidade para o erro, valorizando todas as conquistas feitas;
  - utilizar com frequência o reforço positivo e as recompensas/ elogios como forma de alterar padrões de comportamento desajustados;

- criar momentos securizantes de partilha de emoções, acontecimentos e problemas entre todos os elementos da família, de forma a potenciar a expressão de medos e situações por parte da A. dentro do seio familiar;
- manter hábitos de partilha de episódios de natureza afetiva (verbalizar e partilhar o que sente; associar sentimentos e emoções a situações que lhe correspondem; demonstrar afeto).

Cascais, 18 de Maio de 2018

## ANEXO D – Exemplos de Planos de Sessão do estudo de caso A.

→ Plano da sessão de 11 de Maio de 2018

Tempo (em min.)	Descrição	Objetivos	Materiais
5'	Conversa Inicial: escreve-se a data e questiona-se sobre os principais acontecimentos da semana, havendo um espaço para a A. contar tudo o que quiser.	Promover a reflexão dos acontecimentos que tiveram maior impacto sobre si. Promover a verbalização de emoções e situações significantes.	-
7'	Montagem do percurso: É apresentado à A. uma folha com um percurso a montar com os materiais presentes no ginásio. Antes de começar a montar é realizada um levantamento dos materiais necessários e das suas posições relativas na sala.	Desenvolver a capacidade de planeamento e organização de tarefas. Promover a capacidade organização espacial, bem como a passagem do abstrato (desenho) para o concreto.	Esquema e materiais do ginásio.
15'	Realização do percurso: Após a montagem e a confirmação no plano que a mesma está correta, é realizado o percurso, contudo antes verifica-se quais as suas etapas, procurando o planeamento da ação motora.	Desenvolver a capacidade de planeamento da ação motora. Promover a capacidade de concentração na tarefa, a memória a curto prazo e a inibição de impulsos. Promover o desenvolvimento da motricidade global e da organização espacial.	Materiais utilizados no circuito
15'	Realização do percurso com olhos fechados/ vendados: após a primeira realização do percurso e confirmado no plano se foi realizado de forma correta. É colocado o desafio de realizar o percurso de olhos fechados sob orientação verbal e física do adulto.	Desenvolver a capacidade de planeamento da ação motora. Promover a capacidade de concentração na tarefa, a memória a curto prazo e a inibição de impulsos. Promover o esquema corporal e o autoconceito. Desenvolver a capacidade de mentalização de si e das suas sensações.	Materiais utilizados no circuito
3'	Durante o percurso como feedback positivo foram sendo dadas estrelas de mérito à A. que	Desenvolver a capacidade de leitura de palavras.	estrelas

	do outro lado têm letras, no fim colocam-se as estrelas por ordem com as letras para cima para que a A. leia a palavra que “conquistou”.	Promover a autoestima e autoconceito.	
Observações:		Utilização de estrelas como feedback positivo.	

→ Plano da sessão de 18 de Maio de 2018

<b>Tempo (em min.)</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiais</b>
5'	Conversa Inicial: escreve-se a data e questiona-se sobre os principais acontecimentos da semana, havendo um espaço para a A. contar tudo o que quiser.	Promover a reflexão dos acontecimentos que tiveram maior impacto sobre si. Promover a verbalização de emoções e situações significantes.	-
10'	Desenho do corpo: pede-se à A. que se deite sobre papel de cenário, e de seguida desenha-se os contornos do seu corpo. Após este momento deixa-se que a A. desenhe, caso pretenda, os elementos faciais em falta e escreva o seu nome por cima do desenho.	Desenvolver a noção dos limites e forma do seu corpo – autoimagem. Promover a autoestima e autoconceito.	Papel de cenário e lápis/ canetas.
15'	Realização de percurso: de seguida será solicitado que a A. realize um percurso previamente montado, que a leva até à piscina de bolas onde deverá “mergulhar” para encontrar 3 cartões. Apenas pode achar um de cada vez fazendo o percurso de volta para o deixar ao lado do desenho previamente realizado. Deverá percorrer o percurso até trazer os 3 cartões.	Desenvolver a capacidade de planeamento da ação motora. Desenvolver a estruturação espacial. Promover a experiência de diferentes sensações (e.g.: medo, entusiasmo) e o seu reconhecimento. Promover a confiança em si, através da ultrapassagem de medos ou receios.	Materiais utilizados no circuito, piscina de bolas, cartões (coroa, estrela e coração).
20'	De seguida, sentadas junto do desenho do corpo, pede-se que a A. leia o que cada cartão diz (coração – eu gosto; estrela – eu quero ser;	Promover a reflexão sobre si mesma, identificado qualidades e defeitos, sonhos e	Cartões e canetas.

	<p>coroa – eu sou), e de seguida é realizado um momento de reflexão onde a A. irá escolher coisas que gosta (pessoas e objetos), adjetivos que a descrevam positivos e negativos com uma proporção aproximada de 2:1, e pensar no que gostaria de ser daqui a uns anos.</p> <p>De seguida, esta deve escrever estas afirmações no cartão correto. E colocar cada cartão no local do seu corpo que mais relaciona com cada cartão.</p>	<p>emoções perante pessoas ou objetos.</p> <p>Desenvolver a compreensão e a verbalização das suas emoções e sentimentos.</p> <p>Desenvolver a integração do “eu” e das relações estabelecidas com o envolvimento e os outros.</p>	
--	---	---	--

→ Plano da sessão de 1 de Junho de 2018

<b>Tempo (em min.)</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Materiais</b>
5'	<p>Conversa Inicial: escreve-se a data e questiona-se sobre os principais acontecimentos da semana, havendo um espaço para a A. contar tudo o que quiser.</p>	<p>Promover a reflexão dos acontecimentos que tiveram maior impacto sobre si.</p> <p>Promover a verbalização de emoções e situações significantes.</p>	-
30'	<p>Em continuação da sessão anterior, sentadas junto do desenho do corpo, pede-se que a A. leia o que cada cartão diz (coração – eu gosto; estrela – eu quero ser; coroa – eu sou), e de seguida é realizado um momento de reflexão onde a A. irá escolher coisas que gosta (pessoas e objetos), adjetivos que a descrevam positivos e negativos com uma proporção aproximada de 2:1, e pensar no que gostaria de ser daqui a uns anos.</p> <p>De seguida, esta deve escrever estas afirmações no cartão correto. E colocar cada cartão no local do seu</p>	<p>Promover a reflexão sobre si mesma, identificado qualidades e defeitos, sonhos e emoções perante pessoas ou objetos.</p> <p>Desenvolver a compreensão e a verbalização das suas emoções e sentimentos.</p> <p>Desenvolver a integração do “eu” e das relações estabelecidas com o envolvimento e os outros.</p>	<p>Cartões, canetas e desenho do corpo.</p>



	corpo que mais relaciona com cada cartão.		
10'	Com cartões com diferentes emoções escritas, colados no espelho, pede-se à A. que leia cada emoção, uma a uma. Por cada emoção lida é pedida uma breve reflexão à A. sobre quais as sensações no corpo quando tem essa emoção, quando a sente, e a que local do corpo a quer colocar. (para ilustrar estas diferentes coisas “o que sente” e “quando sente” podem ser estipuladas estações, com arcos).	<p>Promover o reconhecimento de emoções.</p> <p>Desenvolver a capacidade de mentalização de como as emoções me afetam a mim e em que situações as sinto.</p> <p>Potenciar a integração da importância de cada emoção em si.</p>	Cartões, espelho e desenho do corpo.
5'	Atividades livres	Promover a autoestima e a motivação para as sessões.	-

## ANEXO E – Relatório de avaliação final do estudo de caso A.

### Relatório de Processo de Intervenção

<b>Nome:</b>	<b>A</b>
<b>CAD:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	12 de Janeiro de 2011
<b>Idade Cronológica:</b>	7 anos
<b>Início de Intervenção no CADIn:</b>	Março de 2017
<b>Periodicidade da Intervenção:</b>	Sessões de 1 hora, duas vezes por semana
<b>Médico Responsável:</b>	██████████ – Psiquiatria da Infância e da Adolescência
<b>Data da Avaliação:</b>	Junho e Julho 2018
<b>Avaliação realizada por:</b>	Filipa Vieira – Estagiária de Reabilitação Psicomotora ██████████ – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação

### PROCEDIMENTOS

O presente relatório realizou-se no âmbito da atividade de estágio e procurou compreender a eficácia do plano de intervenção estabelecido, sendo útil para a reavaliação dos objetivos previamente estabelecidos e o planeamento de intervenção futura.

A avaliação final de intervenção foi uma avaliação informal, que teve por base a análise das observações realizadas ao longo das sessões, bem como dos comportamentos e das melhorias sentidas ao longo do período de intervenção. Para efeitos de avaliação considerou-se ainda a avaliação da escola relativa ao seu progresso.

### OBSERVAÇÕES GERAIS

Para a promoção do autoconceito e autoestima, procurou-se fortificar os sentimentos de confiança e segurança da A. dentro do contexto de sessão, permitindo a uma maior disponibilidade emocional por parte desta.

Ao longo deste processo, a A. apresentou-se disponível na criação de uma relação empática criando resistências quando confrontada com temas emocionalmente significativos, sendo por isto realizadas adaptações aos planos de intervenção no sentido de ir ao encontro do seu ritmo e da sua disponibilidade emocional. Desta forma, foi possível observar um aumento da confiança e segurança da A. nas sessões, demonstrando uma melhoria na capacidade de pensar e falar sobre si e sobre temas com impacto emocional significativo.

Dos objetivos propostos, como referido, procurou-se trabalhar em primeira linha a capacidade da A. pensar sobre si e os seus comportamentos e sentimentos, ajudando-a a conhecer-se melhor, autorregular-se e construir uma imagem positiva de si. Assim, as principais melhorias observadas ao longo do processo de intervenção foram:

- Melhoria da capacidade de reflexão sobre os seus comportamentos, procurando compreender se são ou não adequados e o porquê, assim como procurar com ajuda comportamentos alternativos;
- Progressiva utilização autónoma de estratégias previamente trabalhadas para o planeamento e realização de tarefas;
- Aumento do nível de confiança e disponibilidade no contexto de sessão para partilhar e falar abertamente sobre temas com maior impacto emocional;
- Diminuição da resistência nas tarefas que envolvem a reflexão sobre si, os seus comportamentos e atitudes, os seus sentimentos e os seus sonhos;
- Aumento do reconhecimento de emoções e da sua expressão em si e nos outros.

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

---

De acordo com o apresentado, foram observados progressos positivos dentro dos objetivos propostos, mostrando-se a A. motivada e empenhada em melhorar a cada sessão. É importante destacar que os objetivos propostos para a intervenção com a A. envolvem a alteração de padrões, pelo que necessitam de um trabalho continuado e consistente. A presente avaliação foi realizada pouco tempo após serem estabelecidos os objetivos de intervenção do estágio, sendo a avaliação útil para monitorizar a resposta da A. às estratégias utilizadas e a adequação dos objetivos propostos.

Da avaliação da escola é importante destacar que esta refere a existência de grandes progressos, sendo referida a presença de dificuldades de concentração e em acompanhar o ritmo da turma.

Neste sentido, é essencial manter-se o acompanhamento no próximo ano letivo, considerando-se importante, que a A. tenha um acompanhamento paralelo que seja focado nas suas necessidades de aprendizagem, possibilitando desta forma trabalhar

em duas áreas que apresentam dificuldades, potencializado assim o seu desenvolvimento.

Nas intervenções futuras será importante continuar a compreender e respeitar o ritmo da A., tendo sido visível o impacto positivo que pode ter no decorrer do processo de intervenção.

Será relevante continuar a trabalhar os objetivos previamente definidos, continuando-se nesta fase ainda a trabalhar os objetivos mais focados no desenvolvimento pessoal da A.. Sendo importante manter uma monitorização das dificuldades que poderão surgir ao longo do desenvolvimento.

Na escola, é importante a utilização de estratégias por parte da professora no sentido de ajudar a A. a manter-se atenta e da utilização do reforço positivo, bem como a atenção às dificuldades de aprendizagem que a A. for apresentando, no sentido de se intervir sobre estas. Em casa, reforça-se a importância do trabalho em parceria com a escola, no sentido de ajudar a A. a ultrapassar as suas dificuldades, e da utilização do reforço positivo bem como da criação de um ambiente securizante para a partilha de sentimentos e acontecimentos.

Lisboa, 3 de Agosto de 2018

## ANEXO F – Relatório de Avaliação Inicial do estudo de caso T.

### Relatório de Avaliação Comportamental e Psicopedagógica

Nome:	T.
CAD:	
Data de Nascimento:	
Idade Cronológica:	5 anos
Início de Intervenção no CADIn:	
Escolaridade:	Frequência do Pré-escolar
Data da Avaliação:	Abril 2018
Avaliação realizada por:	██████████ – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação Filipa Vieira – Estagiária de Reabilitação Psicomotora

### MOTIVO DA AVALIAÇÃO

A presente avaliação foi requisitada pelos familiares do T.. Motiva o pedido um desempenho que poderá estar aquém das suas capacidades, podendo comprometer a entrada no primeiro ciclo e as suas aprendizagens. É objetivo a caracterização atual da prontidão escolar, da atenção assim como o perfil comportamental e psicomotor do T..

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS

De acordo com os objetivos da avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

Avaliação Psicomotora	› M-ABC 2 - <i>Movement Assessment Battery for Children</i> , banda 1 - Segunda Edição (Barnett, A.; Henderson, S. e Sugden, D.);
Avaliação Pedagógica	› Bateria de Provas Fonológicas – ISPA (Silva, A.); › Bateria de Testes do Pré-escolar; › CTOPP – Comprehensive Test of Phonological Processing (Rashotte, C.; Torgesen, J. e Wagner, R.).
Avaliação Cognitiva	› CAS - <i>Cognitive Assessment System</i> (Das, J. e Naglieri, J.); › Teste de Cópia de Figuras Complexas (Rey, A.); › Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; › Prova de cancelamento de sinais de Zazzo.

---

<b>Avaliação Comportamental</b>	› ASEBA - <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> - Sistema de avaliação Empiricamente Validado para Pais e Professores - Versão Portuguesa (2013).
	› Observação direta do comportamento, relacionamento e comunicação em sessão;
	› Questionário de Conners para Pais e Professores, forma completa – versão revista (traduzido e adaptado por Rodrigues, A.);

---

## COMPORTAMENTO OBSERVADO DURANTE A AVALIAÇÃO

---

Durante a avaliação foi possível identificar um perfil maioritariamente impulsivo, apresentando o T. uma preocupação excessiva com o tempo das tarefas, impossibilitando-o de se organizar para a realização da tarefa. Foi também visível agitação motora constante, não permanecendo sentado e verbalizando constantemente de pensamentos e ideias. Foram observadas também dificuldades em focar e manter a atenção e de inibir estímulos.

Durante todas as tarefas o T. mostrou-se cooperante, mostrando mais facilmente acompanhar a tarefa quando esta era adaptada aos seus interesses. A impulsividade e dificuldade em inibir estímulos e manter um ritmo mais lento na realização de tarefas aparentou ter um grande impacto nas provas de motricidade fina.

## APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

---

- **Avaliação Cognitiva**

### **Cognitive Assessment System (CAS)**

O *Cognitive Assessment System* é um instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo que tem por base quatro componentes-chave – a capacidade de planeamento, atenção, processamento simultâneo e processamento sucessivo. Na presente avaliação foram utilizadas três das treze provas que constituem o instrumento. No decorrer das provas é avaliado o tempo de resposta, o número de respostas corretas e as estratégias utilizadas ao longo da sua realização. A avaliação é feita com referência a critério, proporcionando assim uma apreciação qualitativa do desempenho.

Na prova de Emparelhamento de Números no primeiro item o T. assinalou todos os pares corretamente dentro do tempo de realização da tarefa, tendo durante a mesma saltado linhas, corrigindo-as no fim, após orientação. No item seguinte com o aumento da complexidade da tarefa o T. não conseguiu assinalar todos os pares dentro do tempo, tendo à semelhança do item anterior saltado linhas, estando os pares assinalados todos corretos. Pela observação verifica-se uma grande impulsividade na realização da tarefa

e dificuldade na organização da mesma, estas são agravadas pela grande preocupação demonstrada pelo T. relativamente ao fator tempo.

Na prova de Reprodução de Códigos o T. em ambos os itens não conseguiu completar a primeira linha dentro do tempo estabelecido, estando presente uma grande impulsividade e dificuldade de inibição de estímulos agravadas pela ansiedade observada devido ao fator tempo. Na realização da tarefa o T. esteve em constante verbalização, sendo possível perceber a dificuldade em organizar ideias e pensamentos o que impediu a realização da tarefa. A presença de impulsividade e dificuldades de inibição mostrou ter impacto na capacidade de corrigir os erros (detetava o erro e voltava a errar na correção) e no desenho dos códigos (tornam-se impercetíveis e faz muita força com o instrumento de escrita). O T. apercebe-se autonomamente da alteração de padrão entre o item 1 e o item 2 da prova.

Na prova da Atenção Expressiva foi visível a presença dos comportamentos já descritos anteriormente na identificação dos itens. Assim, o T. frequentemente saltou imagens ou linhas completas, tendo após orientação tentado utilizar o dedo como orientador, voltando mais tarde a desorganizar e cometer os mesmos erros. Foi observada a correção de alguns itens, sendo que esta era pouco organizada e estruturada na forma como o fazia (identificava o erro e corrigia sem ordem). Observou-se o aumento do tempo de resposta de acordo com o aumento da complexidade dos itens, tendo identificado as diferenças nas tarefas autonomamente.

### **Figura de Rey**

Da aplicação da prova foi possível observar que o T. teve dificuldades reprodução da figura. O T. não considerou a figura como um todo, desenhando apenas algumas partes, separando-os e reduzindo-os a esquemas familiares. Foi observado um ineficaz planeamento da prova e uma abordagem impulsiva à mesma, encontrando-se a cópia e a reprodução de memória aproximadamente nos percentis 10 e 20, respetivamente.

### **Matrizes Coloridas de Raven**

Esta prova apela ao raciocínio com imagens e não à utilização de fatores verbais de conhecimento geral. O T. revelou um desempenho com valores de nível médio superior para a sua faixa etária (percentil 95), apresentando desta forma um bom potencial de aprendizagem.

### **Prova de Cancelamento de Sinais de Zazzo**

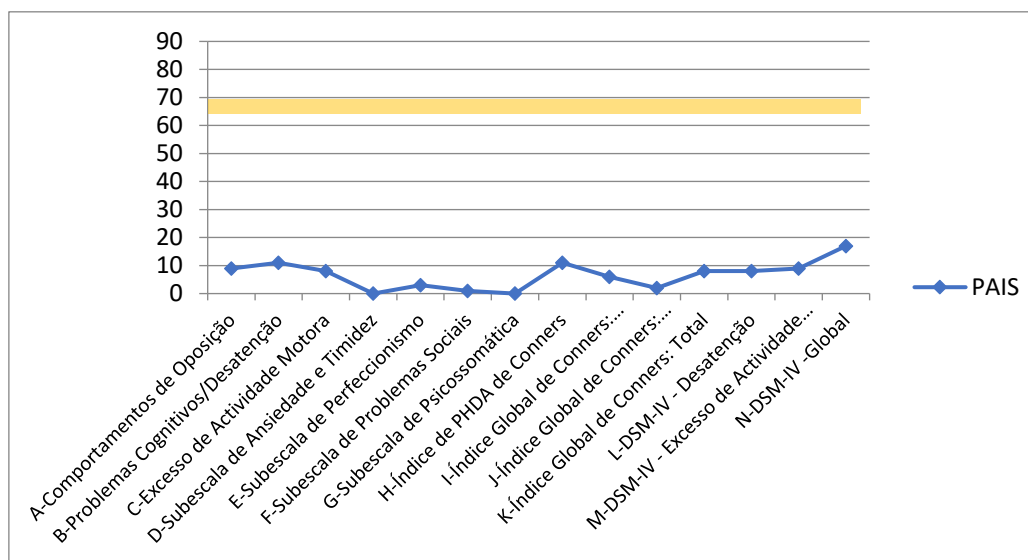
A prova de Zazzo permite medir duas vertentes da atenção: a atenção concentrada (com carácter seletivo e intensivo) e a atenção sustentada (relacionada com a manutenção da atenção).

O T. apresentou uma realização irregular da prova (não seguiu as linhas mesmo sob orientação) o que impossibilita a cotação da prova, sendo observável a presença de grande impulsividade e dificuldade de organização e inibição de estímulos na realização mesma. Sendo a prova dada por terminada pelo T. antes dos 10 minutos passarem e tendo sido identificados no total 28 de 250 caracteres, todos corretamente assinalados.

- **Avaliação Comportamental**

A **Escala Revista de Conners** é um instrumento de despiste de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) embora não seja o suficiente para o estabelecimento de um diagnóstico, por si só, constitui-se como um bom indicador do grau de gravidade e intensidade do problema apresentado pela criança/jovem. Avalia comportamentos e sintomas típicos da desatenção e da hiperatividade, assim como outros comportamentos e sintomas, geralmente associados à PHDA.

O gráfico seguinte, apresenta os perfis de comportamento, resultantes das respostas dos informantes.



Através dos resultados obtidos, é possível verificar que não são observados valores clinicamente significativos (acima da média esperada para a idade) em todas as escalas de Conners.

### **Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA)**

*Validação do Inventário do Comportamento de Crianças de Achenbach para Pais e Professores*



Este questionário considera várias dimensões clínicas, nomeadamente problemas sociais, problemas de atenção/ hiperatividade, isolamento, queixas somáticas, comportamento delinquente e problemas de pensamento.

Obtiveram-se resultados com significância clínica (ou *borderline* – em itálico) nos questionários devolvidos pelos informantes. A tabela que se segue ilustra as dimensões assinaladas.

<b>Pais</b>	<b>Educadoras</b>
	<b>Problemas do Espectro do Autismo:</b> “evitar o olhar”, “mudança na rotina”, “coisas fora do lugar”, “agita a cabeça”, “pouco afeto”, “comportamentos estranhos”
	<b>Problemas de Défice de Atenção e Hiperatividade:</b> “não se concentra”, “não fica sentado”, “não espera”, “pedidos satisfeitos”, “sonha acordado”, “perturba crianças”, “dificuldade nas tarefas”, “irrequieto”, “desatento”, “troca rapidamente”.
	<b>Reatividade Emocional:</b> “mudança de rotina”, “tiques”, “mudança de humor”, “amua”.
	<b>Problemas de Atenção:</b> “não se concentra”, “não fica sentado”, “dificuldade nas tarefas”, “irrequieto”, “fraca coordenação”,

	<i>“troca rapidamente”, “desatento”.</i>
--	--

- **Avaliação Psicomotora**

#### **Motricidade Fina**

Este fator foi avaliado pelas provas de Destreza Manual do M-ABC 2, os resultados encontram-se apresentados na tabela seguinte.

Prova	Standard Scores	Component Standard Scores	Percentil
Enfiamento de moedas	3	2	0,5
Enfiar contas	3		
Desenhar percurso	3		

Os resultados encontram-se abaixo do esperado para a idade cronológica. Na prova de Enfiamento de moedas o T. teve dificuldade em segurar a caixa no local correto, retirando por vezes a mão de apoio e trocando de mãos durante a atividade. Na prova de Enfiar contas foram observadas dificuldades em fazer a troca de mão para puxar o fio depois de colocada a conta tendo igualmente trocado de mãos durante a prova. Na prova do desenho do percurso, o T. levanta a caneta várias vezes e exerce muita força na mesma, a realização desta atividade foi demasiado rápida prejudicando a capacidade de controlo oculo-manual do T..

Da observação de todas as provas foi possível identificar grande agitação motora, não se mantendo sentado durante as provas, apresentando movimentos pouco controlados dos membros superiores. Da mesma forma verificou-se também que o T. é esquerdino, apresentando uma pega com quatro dedos no instrumento de escrita.

- **Avaliação Pedagógica**

#### **Bateria de Provas Fonológicas**

Prova	Cotação	Esperado
Classificação com Base na Silaba Inicial	8	10,4 +/- 2,98

Supressão da Silaba Inicial	3	6,7 +/- 4,33
Análise Silábica	10	11,7 +/- 2,17

Os resultados encontram-se tendo do esperado, de acordo com os desvios padrões. Sendo observado o reconhecimento por parte do T. da unidade silaba, utilizando este como estratégias o raciocínio em voz alta e bater palmas.

### **Bateria de Testes do Pré-Escolar**

Prova	Percentil	Observações
Verbal	23	Lig. Inferior
Conceitos Quantitativos	85	Satisfatório
Memória Auditiva	75	Satisfatório
Constância da Forma	80	Satisfatório
Posição no Espaço	90	Satisfatório
Orientação Espacial	15	Inferior
Coordenação Visuomotora	40	Satisfatório
Figura Fundo	1	Inferior

Da observação da tabela anterior verifica-se que o T. teve resultados satisfatórios na maioria das provas da bateria, à exceção das provas Verbal, Orientação Espacial e Figura Fundo. Na prova Verbal o T. apresentou um bom desempenho, sendo o valor justificado pelo desconhecimento de alguns conceitos (inclinado) e a presença de impulsividade nas respostas. As provas de Orientação Espacial e Figura Fundo requerem na sua realização a capacidade de controlo do material de escrita bem como a organização e planeamento da tarefa, desta forma, devido à presença de impulsividade e de dificuldades no controlo óculo-manual o T. apresentou resultados abaixo do esperado para a sua faixa etária.

### **INTERPRETAÇÃO E CONCLUSÃO**

No que respeita ao desenvolvimento cognitivo o T. apresenta resultados que se encontram no intervalo *médio superior* para a sua idade, verificando-se a presença de um bom potencial de aprendizagem. Relativamente à capacidade de atenção, o T. apresenta ter uma capacidade de concentração diminuída, justifica este resultado as dificuldades observadas na realização da prova de Cancelamento de Sinais de Zazzo, onde apesar destas dificuldades, o T. foi eficaz na deteção de alvos num conjunto de distratores.

Das funções executivas avaliadas verifica-se uma abordagem impulsiva na realização das tarefas, bem como dificuldades no planeamento e organização da tarefa.

Em termos de comportamento, da observação clínica verifica-se que o fenótipo comportamental do T. está a ser prejudicado pela dificuldade em manter a atenção, controlar a impulsividade/ inibir impulsos, bem como em planear e organizar tarefas. Dos dados recolhidos pelos questionários verifica-se que estes comportamentos não estarão a ter um impacto significativo no contexto casa. Já no contexto escolar verifica-se que a presença de dificuldades em manter a atenção e a agitação motora apresentam um impacto significativo no comportamento e nas aprendizagens escolares.

Da avaliação da motricidade fina, verifica-se dificuldades na coordenação oculo-manual, bem como na precisão e controlo dos movimentos dos membros superiores. É de referir que esta é uma tarefa que requer a fixação da atenção (Fonseca, 2010), sendo observado durante a avaliação que a presença de dificuldades na inibição de impulsos prejudica o desempenho do T. nesta área. Da avaliação psicopedagógica verificou-se um desempenho dentro da média na maioria das provas, verificando-se boas capacidades de aprendizagem.

Pela observação dos resultados verifica-se a presença de características compatíveis com a perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Características que se fazem sentir em contexto de sessão e escolar, com um impacto significativo nas aprendizagens de conteúdos escolares. É também de salientar a presença de dificuldades ao nível da motricidade fina que estão a ter impacto na aquisição de competências escolares.

## **RECOMENDAÇÕES**

---

Avaliando o perfil do T., consideram-se pertinentes as seguintes recomendações:

**- Acompanhamento no sentido de trabalhar a regulação dos comportamentos e da atenção:**

- Promover a aquisição competências de regulação emocional de forma a melhor gerir e reagir a situações do dia-a-dia que representem oportunidades de frustração;
- Procurar capacitar o T. com competências de planeamento, organização e avaliação das atividades e tarefas;
- Desenvolver a capacidade de selecionar e manter a atenção a estímulos relevantes, sendo capaz de ignorar os restantes;

- Promover o conhecimento e domínio de estratégias para o controlo da agitação motora e de inibição de impulsos, bem como a sua utilização em situações quotidianas.

- **Apoio psicopedagógico:**

- Aumentar a consciência fonológica do T., nomeadamente ao nível da divisão e manipulação silábica e fonémica;
- Incentivar o T. no conhecimento e integração do desenho das letras do abecedário, trabalhando na forma e tamanho das letras;
- Promover a coordenação óculo-manual, trabalhando o planeamento e execução da ação motora;

Este apoio deverá ser ajustado às dificuldades e necessidades que poderão surgir ao longo do primeiro ano, dando-se um apoio individualizado ao T., no sentido de o ajudar a ultrapassar as suas dificuldades e a acompanhar a turma.

- Na **escola**, recomenda-se a utilização de estratégias como:

- › combinar, previamente, um sinal com o T., para o lembrar que tem de continuar a tarefa, ajudando-o a autonomizar a sua atenção;
- › dar instruções simples e quando possível com suporte visual (de forma dinâmica e estimulante);
- › colocar a criança num local acessível, perto de si e longe de estímulos distráteis (se possível organize a sala de forma a manter estímulos distráteis longe do campo visual da criança);
- › utilize temas de interesse da criança para trabalhar os conteúdos;
- › procure aumentar os comportamentos positivos através da realização de contratos comportamentais e reforço positivo;
- › permitir a realização de tarefas que requerem um esforço e atenção prolongados em duas ou mais vezes, permitindo aumentar o desempenho do T.;
- › procure a utilização de diferentes materiais para promover a integração de conhecimentos (ex: diferentes atividades na consciência fonológica ou diferentes materiais no desenho das letras);
- › é da maior importância que o T. não sinta que tem um acompanhamento especial ou diferentes dos colegas, pelo que todas as ajudas/ apoio devem passar o mais despercebido possível.

- Em **casa**, recomendam-se algumas atividades e estratégias que podem ajudar o T.:

- › manter uma atitude de parceria com a escola, de forma a que todos se mantenham ao corrente da situação do T.;
- › sempre que o T. esteja a realizar trabalhos em casa, reduzir ao máximo todos os possíveis elementos distráteis (televisão, computador ligado, telefones, janelas, música, brinquedos, entre outros);
- › estabelecer horários e regras claras e bem definidas, sendo consistente com as instruções e consequências;
- › procurar trabalhar em casa os conteúdos que estão a ser desenvolvidos na escola, de uma forma dinâmica, ajudando o T. a ultrapassar as suas dificuldades;
- › ajudar o T. no planeamento e execução de tarefas e ações motoras, permitindo a automatização desta componente;
- › fazer jogos e atividades em família que envolvam a capacidade de motricidade fina e do controlo oculo-manual.

A implementação das estratégias sugeridas deverá adaptar-se às condições do contexto escolar e ser alvo de avaliações frequentes quanto à sua eficácia. Poderá verificar-se a necessidade de se implementarem outras medidas, tendo em conta uma avaliação específica dessas condições, para tal mantemo-nos inteiramente ao dispor para qualquer esclarecimento.

Lisboa, 11 de Maio de 2018

## ANEXO G – Exemplos de Planos de Sessão do estudo de caso T.

→ Plano da sessão de 7 de Maio de 2018

Atividade	Descrição	Objetivos	Materiais
Divisão silábica	Apresentação de cartões com imagens, onde é pedido que o T. divida silabicamente o nome atribuído a cada imagem. Solicitando-se que coloque na imagem tantas molas quantas as sílabas.	Desenvolver a consciência fonológica. Promover a capacidade de divisão e manipulação silábica. Aumentar a força e controlo manual.	Molas e cartões com imagens.
Quais são as palavras iguais?	Fichas para trabalhar as rimas e a associação de sílabas iguais. Por cada imagem pede-se que o T. pense noutras palavras que comecem da mesma forma.	Promover o reconhecimento e associação de sílabas. Promover a consciência fonológica.	Fichas
Desenho de letras	Realização de fichas para trabalhar as linhas retas e curvas e o desenho da letra “S”, com utilização de diferentes materiais de forma a promover a integração do desenho da letra.	Promover o controlo do instrumento de escrita e a pega em pinça. Melhorar o desenho de linhas retas e curvas. Promover a integração da sua forma e o desenho da letra S.	Fichas e lápis, utilização de outros materiais (plasticina/quadro, etc)
Jogo do peixinho	Realização do Jogo do peixinho.	Promover a capacidade de manutenção da atenção. Desenvolver a capacidade de controlo óculo-manual. Promover a capacidade de inibição de estímulos.	Jogo dos peixinhos
<b>Observações:</b>	Foi feito o jogo rápido e não o jogo do peixinho.		

→ Plano da sessão de 11 de Junho de 2018

Atividade	Descrição	Objetivos	Materiais
Bingo Vogais Orais e Nasais	<p>É realizado o jogo do bingo, onde todos os elementos recebem um cartão com imagens das respetivas onomatopeias, e de seguida tiram-se cartas com imagens de um baralho que contém as orais nasais e orais assinaladas nos cartões. O mais rápido a pedir a carta ganha-a.</p> <p>Durante o jogo e com a ajuda dos cartões onomatopeicos é trabalhada a integração das diferenças entre as vogais orais e nasais, sendo pedido ao longo do jogo ao T. que faça divisão e omissão de sílabas em algumas das palavras.</p>	<p>Promover o aumento de tempo de foco na tarefa.</p> <p>Aumentar a capacidade de atenção e a velocidade de processamento de informação.</p> <p>Otimizar a capacidade de divisão e omissão silábica.</p> <p>Promover a compreensão e integração das diferenças entre as vogais orais e nasais, conseguindo distingui-las nas palavras.</p> <p>Promover a aquisição e recurso a estratégias que permitam distinguir as vogais orais e nasais.</p>	Jogo Bingo
Aprendizagem de letras.	<p>Após revisão das letras abordadas na sessão anterior, introduzem-se novas letras, referindo-se os fonemas a que estas estão associadas. Durante a aprendizagem procura-se estimular através de feedbacks positivos (e.g.: smiles). Procura-se relembrar o T. da importância de planear a realização das tarefas e da capacidade de se manter concentrado e com uma postura correta durante a realização da mesma.</p>	<p>Desenvolver o conhecimento e a integração do desenho de letras.</p> <p>Reconhecer palavras que comecem com essas letras e os sons que estas podem realizar.</p> <p>Promover a adequação do tamanho e forma das letras.</p> <p>Maximizar a realização de trabalhos com uma postura correta (sentado, mão de apoio, pega em pinça).</p> <p>Desenvolver a capacidade de planear a realização de tarefas escritas.</p>	Fichas e lápis, utilização de outros materiais (plasticina/quadro, etc)



Jogo “Rápido”	Realização do Jogo “rápido”.	<p>Melhorar a velocidade de processamento de informação visual.</p> <p>Promover a capacidade de manutenção da atenção.</p> <p>Promover a capacidade de inibição de estímulos.</p>	Jogo “rápido”
Jogos de motricidade fina (entre atividades quando se sentir o T. mais agitado)	Realização de jogos de motricidade fina, quando se verificar que o T. está mais agitado e a ter dificuldades em manter-se na tarefa.	<p>Melhorar a capacidade de coordenação óculo-manual.</p> <p>Aumentar a força e destreza manual.</p> <p>Promover a motivação e empenho na sessão.</p>	Jogos de motricidade fina

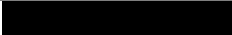
→ Plano da sessão de 25 de Junho de 2018

Atividade	Descrição	Objetivos	Materiais
Atividade de Consciência Fonológica com Quantos-Queres. (20 min.)	A partir do Quantos Queres previamente construído, que tem associado a cada cor uma tarefa de consciência fonológica diferente (divisão, identificação de sílabas, omissão de sílabas e rima). O T. deverá questionar a um dos adultos quantos queres, realizando de seguida o número de gestos solicitado, fazendo depois o adulto a tarefa que lá se encontra. De seguida, um adulto deverá fazer ao T. a mesma questão, realizando o T. a tarefa que lá se encontra. Esta tarefa será realizada com o auxílio das cartas do jogo da memória. Como regra não se pode escolher a mesma cor duas jogadas seguidas.	<p>Otimizar a capacidade de divisão silábica.</p> <p>Promover a capacidade de identificação de sílabas iniciais, intermédias e finais.</p> <p>Desenvolver a capacidade de manipulação silábica.</p> <p>Desenvolver a compreensão e a capacidade de associação de rimas.</p> <p>Desenvolver a capacidade de identificação e nomeação do fonema inicial.</p> <p>Melhorar a capacidade de coordenação oculo-manual.</p>	Quantos queres e cartas do jogo da memória
Aprendizagem da letra M. (15 min.)	Introduz-se a letra M, referindo-se os fonemas a que estas estão associadas e a direção das suas	Desenvolver o conhecimento e a integração do desenho de letras.	Fichas e lápis, utilização

	linhas. Durante a aprendizagem procura-se estimular através de feedbacks positivos (e.g.: smiles). Procura-se relembrar o T. da importância de planear a realização das tarefas e da capacidade de se manter concentrado e com uma postura correta durante a realização da mesma.	<p>Reconhecer palavras que comecem com essas letras e os sons que estas podem realizar.</p> <p>Promover a adequação do tamanho e forma das letras.</p> <p>Maximizar a realização de trabalhos com uma postura correta (sentado, mão de apoio, pega em pinça).</p> <p>Desenvolver a capacidade de planear a realização de tarefas escritas.</p>	de outros materiais (plasticina/quadro, etc)
Bingo Vogais Orais e Nasais – Pseudopalavras (15 min.)	<p>É realizado o jogo do bingo, onde todos os elementos recebem um cartão com imagens das respetivas onomatopeias, e de seguida tiram-se cartas com esquema silábico e identificação da sílaba em jogo de cada pseudopalavra. O mais rápido a pedir a carta ganha-a.</p> <p>Durante o jogo e com a ajuda dos cartões onomatopeicos é trabalhada a integração das diferenças entre as vogais orais e nasais, sendo pedido ao longo do jogo ao T. que faça divisão silábica de algumas das palavras.</p>	<p>Promover o aumento de tempo de foco na tarefa.</p> <p>Aumentar a capacidade de atenção e a velocidade de processamento de informação.</p> <p>Otimizar a capacidade de divisão e omissão silábica.</p> <p>Promover a compreensão e integração das diferenças do traço nasal nas vogais, conseguindo distingui-las nas palavras.</p> <p>Promover a aquisição e recurso a estratégias que permitam distinguir traço nasal nas vogais.</p>	Jogo Bingo
Jogo Descobre a Saída *	Com recurso ao jogo de carros, onde o T. terá de planear quais as jogadas necessárias para conseguir desviar os restantes carros e tirar o seu da garagem.	<p>Promover a capacidade de planeamento de tarefas e organização de ideias.</p> <p>Desenvolver o raciocínio lógico.</p> <p>Potencializar a compreensão e utilização de estratégias para a manutenção da atenção e inibição de impulsos.</p>	Jogo dos carros
<b>Observações:</b>	*Opcional		

## ANEXO H – Relatório de Avaliação final do estudo de caso T.

### Relatório de Avaliação de Intervenção

<b>Nome:</b>	T.
<b>CAD:</b>	
<b>Data de Nascimento:</b>	8 de Agosto de 2012
<b>Idade Cronológica:</b>	5 anos
<b>Início de Intervenção no CADIn:</b>	Maio 2017
<b>Escolaridade:</b>	Frequência do Pré-escolar
<b>Data da Avaliação:</b>	Junho e Julho 2018
<b>Avaliação realizada por:</b>	 – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação Filipa Vieira – Estagiária de Reabilitação Psicomotora

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a realização do presente relatório, foram realizadas provas informais para avaliar os objetivos previamente estabelecidos. Assim os objetivos comportamentais foram avaliados através do desempenho na sessão de avaliação e da observação realizada ao longo das sessões.

Os objetivos Psicopedagógicos foram avaliados através de pequenas tarefas. Na divisão silábica e fonémica foi solicitado ao T. que verbalmente realizasse as divisões e omissões das palavras apresentadas, tendo por base o teste de avaliação da consciência fonológica do CADIn. Nas atividades de Rimas foram utilizadas fichas para a associação de rimas através de imagens, e o teste de avaliação da consciência fonológica do CADIn. Para o reconhecimento de letras foi apresentado um alfabeto ao T. e pedido que este dissesse o nome de todas as letras que reconhecia. E para avaliação do desenho e reconhecimento de letras pediu-se que este desenhasse numa folha pautada as letras que lhe foram sendo pedidas.

Durante o processo de intervenção foi identificada a necessidade de trabalhar com o T. a consciência fonológica do traço nasal nas vogais, pelo que esse objetivo foi acrescentado aos anteriores na componente psicopedagógica, para a avaliação deste

objetivo foram ditas palavras ao T. e era pedido que este referisse se nos sons identificados estava presente uma vogal com traço nasal.

Na avaliação Psicomotora foram realizadas três atividades, a atividade de Organização da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, e uma adaptação da atividade de saltar os tapetes do M-ABC 2. Por fim, foi realizado o jogo da avalanche com o T., permitindo perceber a capacidade de planeamento e monitorização da tarefa em atividade lúdica.

### COMPORTAMENTO OBSERVADO DURANTE A AVALIAÇÃO

No dia da avaliação final, o T. apresentou-se agitado e impulsivo o que terá tido impacto particularmente no desempenho das tarefas pedagógicas, diminuindo a sua capacidade de atenção. Estas foram notórias particularmente na avaliação do desenho de letras e na avaliação da consciência do traço nasal em vogais, onde o T. teve dificuldade em concentrar-se acabando por confundir o que lhe foi pedido dentro da consciência fonológica.

Este comportamento poderá estar relacionado com o facto de a sessão ter coincidido com o início das férias escolares, bem como o facto da sessão de avaliação ter tido uma estrutura diferente do normal.

### APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Nas tabelas 2, 3 e 4 encontram-se sistematizados os resultados da avaliação que se dividiu nas três áreas a trabalhar: Comportamental, Pedagógica e Psicomotora.

Para a avaliação, considerou-se a legenda da tabela seguinte.

Legenda			
NA	Deixou de ser objetivo/ necessidade	1	Objetivo não atingido
2	Mantém-se um objetivo/ emergente	3	Objetivo com igual taxa de sucesso e insucesso/ em assimilação.
4	Objetivo parcialmente atingido/ apresenta falhas pontuais	5	Objetivo atingido

Tabela 1) Legenda avaliação final intervenção.

Comportamental		
	Resultado	Observações
Reconhece a postura correta para o desenho/ escrita	4	

Pega autonomamente no instrumento de escrita com pega em pinça.	3	
Utiliza autonomamente a mão de apoio.	4	Tende a utilizar a mão fechada.
Coloca-se e mantém-se numa postura adequada durante a realização da tarefa.	2	
Mantém a atenção durante toda a tarefa, sem se distrair.	2	
Reconhece a presença de comportamentos impulsivos e dificuldades em manter a atenção que interferem com a correta realização das tarefas.	3	
Apresenta capacidade de autorregulação da sua impulsividade durante a realização das tarefas.	2	
Reconhece estratégias para a redução de comportamentos impulsivos e a manutenção da atenção (e.g.: parar antes de iniciar uma tarefa e planejar a sua execução, expressar as suas ideias antes de iniciar a tarefa e não durante).	3	
Reconhece a importância do planeamento e reflexão.	2	
Planeia a tarefa antes de a iniciar, autonomamente.	2	
Ouve as instruções até ao fim.	2	

Tabela 2) Avaliação final objetivos comportamentais.

Ao nível do comportamento foi visível uma maior melhoria no reconhecimento e aquisição de autonomia relativamente à postura de trabalho. Os restantes objetivos estabelecidos dentro da área do comportamento, são objetivos que envolvem alterações de padrões comportamentais e a capacidade de autorregulação de comportamentos, pelo que necessitam de um maior período de intervenção que seja continuado e consistente. Desta forma, no período de intervenção procurou-se sensibilizar o T. para a presença de comportamentos impulsivos, bem como dar-lhe a conhecer estratégias de regulação dos mesmos. Tendo sido nestes domínios que se observou evoluções.

Pedagógica			
		Resultado	Observações
Divide silabicamente palavras de três ou mais sílabas.		4	
Realiza a omissão da sílaba inicial.		4	Pode apresentar falhas em palavras mais complexas. Apresenta dificuldades nas sílabas com estrutura CVC.
Realiza a omissão da sílaba intermédia.		4	
Realiza a omissão da sílaba final.		4	
Reconhece o conceito de rimas.		3	
Associa rimas através de cartões de imagens.		5	
Identifica sem ajudas duas palavras que rimam.		1	
Reconhece a existência da unidade fonema.		2	
Identifica fonemas iniciais em palavras.		2	
Realiza a divisão fonémica de palavras simples.		1	
Identifica e distingue a presença de traço nasal nas vogais em palavras.		3	
Identifica e distingue a presença de traço nasal nas vogais em pseudopalavras.		2	
Reconhece o desenho de todas as letras do alfabeto associando-as ao seu “nome”.		4	77% êxito.
Desenha todas as letras corretamente quando lhe é pedido.	Letras maiúsculas de imprensa	3	
	Desenha corretamente letras com linhas retas.	4	
	Desenha corretamente letras com linhas curvas	3	
	Desenha corretamente letras com linhas diagonais	4	

Reconhece as diferentes características das formas das letras (linhas retas, curvas, diagonais, etc.).	5	
Procura adequar a forma da letra, não colocando elementos adicionais ou em falta.	3	
Consegue manter a forma correta da letra reduzindo o seu tamanho.	3	
Escreve de forma e tamanho (tamanho de uma pauta) corretas a maioria das letras do alfabeto.	3	Tamanho com maiores dificuldades nas linhas curvas.

Tabela 3) Avaliação final objetivos pedagógicos.

Os objetivos pedagógicos dividem-se em duas grandes áreas: consciência fonológica e desenho de letras. Neste sentido, relativamente à consciência fonológica verificou-se uma grande evolução na capacidade de divisão e manipulação silábica e no reconhecimento de traço nasal nas vogais, estando esta prejudicada na avaliação final como anteriormente referido, tendo sido demonstrado durante as sessões um desempenho bom apenas com falhas pontuais (4).

Relativamente às rimas, o T. apresenta uma compreensão do conceito, conseguindo com facilidade relacionar duas palavras que rimam com suporte visual (ligar rimas, encontrar o par que rima no jogo da memória), apresentando dificuldades em fazê-lo quando apenas tem o suporte verbal ou em encontrar autonomamente uma palavra que rime. Em relação à unidade fonema, esta foi abordada já no fim da intervenção, sendo capaz de reconhecer a existência dos fonemas, fazendo, contudo, ainda alguma confusão com as sílabas.

Em relação ao desenho das letras, o T. apresenta um bom conhecimento do nome das letras e da forma como as desenhar, bem como as características do desenho de cada letra. Verifica-se uma grande influência da impulsividade e das dificuldades em realizar movimentos lentos e coordenados no desenho das letras, levando-o a que por vezes desenhe mal a letra à primeira, devido à falta de planeamento. Nesta tarefa, verificou-se também um menor desempenho comparativamente às sessões anteriores, devido a fatores externos e que interferiram com a capacidade de manter e regular a atenção, estando este mais impulsivo e apresentando um menor desempenho no trabalho. Contudo, observa-se um aumento da perfeição no desenho das letras, com maiores dificuldades em adequar o tamanho e forma em letras com linhas curvas.

<b>Psicomotora</b>		
	<b>Resultado</b>	<b>Observações</b>
Planeia uma tarefa motora antes de a iniciar.	2	O T. apresenta maior capacidade de monitorização da tarefa no início tornando-se mais impulsivo com o passar do tempo.
Realiza movimentos lentos e coordenados quando solicitado.	3	
Realiza movimentos lentos e coordenados autonomamente.	2	Verifica-se que a dificuldade em regular a impulsividade impede na maior parte das vezes o planeamento da tarefa.

Tabela 4) Avaliação final objetivos psicomotores.

No caso do T. os objetivos psicomotores estão bastante relacionados com a capacidade de autorregulação, ou seja, com os objetivos comportamentais. Desta forma, espera-se que com o aumento da capacidade de autorregulação da impulsividade e de planeamento, o T. consiga realizar movimentos mais lentos e coordenados, melhorando assim o seu desempenho particularmente ao nível da motricidade fina.

Na avaliação final foi possível verificar que o T. apresenta agora uma maior consciência da importância de planear as tarefas e realizá-las com calma e coordenadamente, sendo visível que tenta fazê-lo no início das tarefas, contudo, apresenta ainda dificuldade em manter a capacidade de auto-monitorização ao longo da tarefa.

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

De acordo com o apresentado, foram observados progressos positivos dentro dos objetivos propostos, mostrando-se o T. motivado e empenhado em melhorar a cada sessão. Os objetivos pedagógicos foram os que apresentaram melhores resultados, contudo como referido os objetivos comportamentais e psicomotores envolvem a alteração de padrões, pelo que necessitam de um trabalho continuado e consistente.

A escola refere também terem sido evidentes a presença de progressos, oferecendo um feedback positivo sobre a evolução do desempenho do T..

Neste sentido, é importante manter-se o acompanhamento no próximo ano letivo, no sentido de auxiliar o T. na nova etapa – primeiro ciclo – adaptando-se os objetivos aos novos desafios e dificuldades que poderão revelar-se ao longo do primeiro ano, ajudando-o a acompanhar a turma.



Será relevante continuar a trabalhar os objetivos comportamentais, pois estes terão cada vez um impacto maior e a longo prazo na aquisição das aprendizagens, organização e planeamento de tarefas. Contudo, é importante monitorizar as atuais dificuldades comportamentais, e as que poderão eventualmente surgir no seu desenvolvimento no sentido de dotar o T. de novas estratégias e conhecimentos que lhe permitam autorregular-se.

Na escola, será importante a adoção de estratégias por parte da professora que ajudem o T. a gerir o seu comportamento, bem como a atenção às suas dificuldades académicas. Em casa é importante manter-se o acompanhamento realizado até agora, ajudando o T. a ultrapassar as suas dificuldades académicas e consciencializando-o para os comportamentos que perturbam a realização de tarefas, trabalhando com este na compreensão e aquisição de estratégias de regulação da atenção.

Em suma, foi evidente um progresso positivo por parte do T. nos objetivos estabelecidos, sendo importante no próximo ano letivo continuar a trabalhar os objetivos comportamentais e psicomotores estabelecidos, adaptando-os em caso de se verificar essa necessidade. Relativamente aos objetivos pedagógicos será importante continuar a trabalhar a consciência fonológica, particularmente a unidade fonema, bem como o desenho das letras, devendo os objetivos ser reavaliados ao longo do ano letivo no sentido de os adequar às necessidades que forem surgindo.

Lisboa, 6 de Agosto de 2018

## **ANEXO I – Atividades complementares de formação.**

→ Revisão da Literatura – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

### **Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção:**

Desde o século XIX que as crianças excessivamente ativas, desatentas e impulsivas, têm sido descritas (Lange, Reichl, Lange, Tucha e Tucha, 2010), nesta altura foram atribuídas causas orgânicas e referidas anomalias físicas nas crianças (e.g.: tamanho anormalmente grande da cabeça, malformações no palato e vulnerabilidade a infeções) (Lopes, 2003), tendo sido atribuída a denominação de Doença de *Still* e de Distúrbio de Impulso (Phelan, 2005).

Ao longo dos anos, o conhecimento e conceito sobre a doença tem sofrido evoluções, aparecendo ao longo da história da perturbação termos como Lesão Cerebral Mínima do Cérebro e Disfunção Cerebral Mínima, que foram seguidos por Reação Hiperkinética da Infância que procurava focar o aspeto mais evidente, o excesso de atividade (Phelan, 2005).

Em 1980 surge o termo Perturbação de Défice de Atenção no DSM-III, nesta altura considerava-se que a principal dificuldade seria em focar e manter a atenção, podendo estar ou não presente sintomas de hiperatividade. O termo atual, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), surgiu em 1987 no sentido de incluir tanto as dificuldades de atenção como o excesso de atividade motora, deixando de se considerar nesta altura, a possibilidade de um diagnóstico de desatenção sem a presença de hiperatividade, situação que foi mais tarde corrigida no DSM-IV (Phelan, 2005). Atualmente, o DSM-V considera que existem três formas de apresentação da PHDA, sendo estas: combinada, predominantemente desatenta e predominantemente hiperativa/impulsiva (Rodrigues e Antunes, 2013).

A PHDA é assim caracterizada pela *American Psychological Association* como uma perturbação do neurodesenvolvimento, com um padrão constante de comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem no normal funcionamento e desenvolvimento da criança (APA, 2013). Estes comportamentos são justificados frequentemente pela presença de alterações estruturais e disfunções neuro-químicas com origem no córtex pré-frontal (Rodrigues e Antunes, 2013; Spencer, Biederman e Mick, 2007), envolvendo alterações no normal funcionamento de neurotransmissores, particularmente a dopamina (Lopes, 2003; Rodrigues e Antunes, 2013).

Em termos etiológicos, a PHDA é frequentemente associada a fatores genéticos, apresentando elevados níveis de hereditariedade (APA, 2013; Spencer, et al., 2007), contudo esta hereditariedade não justifica por si só o aparecimento de sintomas (APA, 2013). Nigg (2012) afirma assim, que PHDA resulta de uma relação entre fatores genéticos e ambientais, explicando esta relação através da existência de fatores ambientais que mediatizam a ativação (ou não) de determinada informação genética que até então estava “desligada”. Isto acontece, pois existem mudanças temporárias na expressão genética inerentes aos comportamentos e às aprendizagens, que podem acabar por persistir ao longo do tempo (Nigg, 2012).

Os fatores ambientais mais associados à PHDA podem ser biológicos ou psicossociais. Sendo que, os fatores biológicos mais descritos são: a exposição ao tabaco ou álcool, baixo peso à nascença e tabagismo materno durante a gravidez (APA, 2013; Langley, Holmans, van den Bree e Thapar, 2007; Spencer, et al., 2007). Relativamente aos fatores psicossociais, estes relacionam-se sobretudo com a adversidade ambiental vivida pela criança (Spencer, et al., 2007), como a presença de abusos ou negligência e passagem por múltiplos locais de acolhimento (APA, 2013).

A PHDA é desta forma, uma perturbação que surge na infância e perdura até à adolescência e idade adulta mudando na forma como se apresenta ao longo do tempo e de criança para criança, podendo haver uma maior presença dos comportamentos de défice de atenção ou de hiperatividade-impulsividade (Rodrigues e Antunes, 2013). Sendo o diagnóstico feito com base nos sinais e sintomas associados a estas dimensões (Lopes, 2003; Rodrigues e Antunes, 2013).

O défice de atenção, apresenta-se principalmente pela divagação nas tarefas, falta de persistência, dificuldade em manter o foco e desorganização (APA, 2013). A desatenção pode ser vista como uma tendência à distração, ou seja, a facilidade com que a criança pode ser desviada da tarefa por outro estímulo (Phelan, 2005). A hiperatividade caracteriza-se pela presença de excesso de atividade motora desajustada ou excessiva impaciência, conversa ou movimentos. Existindo uma tendência considerável para a diminuição do sintoma durante a adolescência (APA, 2013; Phelan, 2005). Já a impulsividade, é caracterizada pela presença de ações precipitadas e irrefletidas, que têm potencial de prejudicar o indivíduo (APA, 2013; Phelan, 2005). Este sintoma pode refletir o desejo por uma recompensa imediata ou incapacidade de adiar uma gratificação, assim os indivíduos tendem a tomar decisões importantes sem ponderar as consequências a longo prazo (APA, 2013).

Durante o desenvolvimento do indivíduo, a presença destes sintomas pode levar à expressão de outras características como: a baixa tolerância à frustração (APA, 2013; Phelan, 2005), irritabilidade, labilidade do humor (APA, 2013), comportamentos agressivos e desobediência (Phelan, 2005), resistência em iniciar e terminar trabalhos, desempenho lento, distração com estímulos irrelevantes (Rodrigues e Antunes, 2013) e dificuldade em seguir regras ou diretrizes (Phelan, 2005; Lopes, 2003; Rodrigues e Antunes, 2013). Consequentemente as relações entre os sintomas e o aparecimento destas características, podem interferir com o desenvolvimento de interações sociais com os pares e no desempenho académico e laboral (APA, 2013; Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

Além disto, é sabido que a manifestação dos sintomas da PHDA varia de acordo com os contextos (Phelan, 2005). Existindo assim, características envolvimentoais que levam a que as crianças com PHDA apresentam níveis de atividade motora idênticos aos das outras crianças durante períodos limitados, estas características são: 1) ser uma novidade, 2) alto valor de interesse, 3) intimidação, 4) ficar a sós com um adulto (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

A PHDA está presente aproximadamente em 5% das crianças em idade escolar na maioria das culturas, descendo para metade nos adultos (APA, 2013; Rodrigues e Antunes, 2013). É mais comum no género masculino, numa frequência de 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos (APA, 2013). Em termos de fenótipo, raparigas tendem a apresentar principalmente mais sintomas de desatenção do que os rapazes (APA, 2013; Spencer, et al., 2007), e menos prevalência de comorbilidades com POD ou CD (Spencer, et al., 2007).

De seguida, numa tentativa de melhor compreender a perturbação, são apresentados os critérios de diagnóstico, e é feita uma análise aos principais aspetos da avaliação, intervenção e curso da PHDA.

#### ▪ **Crítérios de Diagnóstico:**

O diagnóstico da PHDA não assenta em sinais ou sintomas objetivos, ou seja, não existem testes biológicos que confirmem o diagnóstico, isto porque a PHDA não é uma doença biológica definida, mas sim em conjunto de comportamentos que são vistos como disfuncionais (Iudici, Faccio, Belloni e Costa, 2014; NICE, 2009; APA, 2013). Desta forma, o diagnóstico segue as orientações internacionais presentes em Manuais de Classificação das Perturbações da Infância e da Adolescência (Rodrigues e Antunes, 2013). Em Portugal, um dos manuais mais utilizados para o diagnóstico da PHDA é o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5º Edition (DSM-V)*.

Para a realização do diagnóstico é necessário que estejam presentes pelo menos seis sintomas dos apresentados na tabela 1 em um dos domínios - hiperatividade/impulsividade e desatenção. Estes sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos e há mais de seis meses, em dois ou mais contextos. A frequência ou intensidade deve ser superiores ao esperado para nível de desenvolvimento da criança, e os sintomas devem ter um impacto negativo direto, ou seja, interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento social, académico e ocupacional da criança (APA, 2013).

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico DSM-V (APA, 2013).

<b>Desatenção:</b>	<b>Hiperatividade/ Impulsividade:</b>
Não presta atenção aos detalhes, ou comete erros descuidados nos trabalhos de casa, no emprego, ou durante outras atividades, com frequência.	Frequentemente agita-se ou bate com as mãos ou pés e contorce-se no assento.
Apresenta constantemente dificuldade em manter a atenção em tarefas e no desempenho de atividades.	Deixa o assento em situações em que é esperado que permaneça sentado.
Frequentemente parece não ouvir, mesmo quando se fala diretamente para ele (e.g.: parece ter a cabeça outro lugar).	Corre ou trepa em situações inapropriadas (e.g.: em adultos pode limitar-se à sensação de agitação).
Frequentemente não segue instruções e não consegue terminar os trabalhos de casa, tarefas domésticas ou deveres no local de trabalho.	É frequentemente incapaz de brincar ou envolver-se em atividade de leitura de forma sossegada.
Apresenta com regularidade dificuldade na organização de tarefas e atividades.	Está frequentemente em movimento.
Frequentemente apresenta não gostar, comportamentos de evitamento e relutância perante tarefas que exigem um esforço mental mantido.	Fala excessivamente.
Perde com regularidade as coisas necessárias à realização de tarefas e atividades.	Responde a uma questão antes de esta terminar de ser colocada.
É facilmente distraído por estímulos menos comuns.	Tem dificuldade em esperar pela sua vez.
É esquecido nas atividades diárias.	Interrompe ou intromete-se com o outro (e.g.: começa a usar as coisas dos outros sem pedir, mete-se em conversas, jogos ou atividades).

O diagnóstico é completo através da identificação da forma de expressão da perturbação, assim se a criança tiver seis ou mais sintomas apenas no domínio da hiperatividade-impulsividade, classifica-se como predominantemente hiperativa-impulsiva. Se os seis ou mais sintomas forem no domínio da desatenção, classifica-se como predominantemente desatenta. Se ambos os domínios tiverem seis ou mais

sintomas sinalizados, a perturbação terá uma expressão tipo combinado, que se caracteriza pela presença de sintomas/dificuldades tanto de desatenção como de hiperatividade-impulsividade (APA, 2013).

#### ▪ **Diagnóstico Diferencial e Comorbilidades:**

As características e sintomas da PHDA estão também presentes noutros problemas de saúde mental ou médicos (NICE, 2009), estas condições podem constituir um diagnóstico diferencial (produzem comportamentos superficialmente similares à PHDA) ou uma comorbilidade (NICE, 2009).

Desta forma, para efeitos de diagnóstico da PHDA o DSM-V, refere que os sintomas apresentados não devem ocorrer exclusivamente durante um episódio de esquizofrenia ou outra perturbação psicótica e que não devem ser melhor explicados por outra perturbação de saúde mental, tais como: perturbação de oposição-desafio, perturbação explosiva intermitente, dificuldade de aprendizagem específica, dificuldade intelectual e desenvolvimental, perturbação do espectro do autismo, perturbação reativa da vinculação, perturbações da ansiedade, perturbações depressivas, perturbação bipolar, perturbação da desregulação do humor disruptivo, perturbação de uso de substâncias, perturbação da personalidade, perturbações psicóticas, medicação indutora de sintomas da PHDA e outras perturbações do neurodesenvolvimento ou neurocognitivas (APA, 2013).

Além destas perturbações, é importante durante a avaliação, considerar a presença de distúrbios no envolvimento (psicopatologia parental ou efeitos do stress, intolerância ou pressão parental/ escolar/ social) (Cordinhã e Boavida, 2008; NICE, 2009) ou de doenças endócrinas e metabólicas (Cordinhã e Boavida, 2008).

Para a existência de comorbilidade, a criança tem de preencher todos os critérios do DSM-V para uma segunda perturbação (Pliszka, 2007), as perturbações mais comuns são: Perturbação de Oposição e Desafio, Perturbação da Conduta (APA, 2013; Pliszka, 2007; Taylor et al., 2004) e Dificuldade de Aprendizagem Específica, sendo que a primeira ocorre em aproximadamente metade das crianças do tipo combinado (APA, 2013). As perturbações de ansiedade, depressiva, explosiva intermitente e de abuso de substâncias não são tão comuns, contudo, são mais frequentes em indivíduos com PHDA do que entre a população geral. As perturbações de comportamento antissocial, da personalidade, obsessivo-compulsiva, os tiques e a perturbação do espectro do autismo podem também ocorrer em comorbilidade com a PHDA (APA, 2013).

#### ▪ **Avaliação:**

Para se fazer o diagnóstico de PHDA, é importante a realização de uma avaliação detalhada, com o objetivo de fundamentar o diagnóstico e traçar um perfil de competências e comportamentos, que posteriormente irá facilitar o desenvolvimento de um plano terapêutico. Desta forma, a avaliação deve ser multimodal (deve recorrer a várias formas e fontes de recolha de informação) (Rodrigues e Antunes, 2013) e realizada por uma equipa multidisciplinar (Cordinhã e Boavida, 2008; Rodrigues e Antunes, 2013).

A idade média de diagnóstico é aproximadamente os sete anos, sendo que casos mais graves podem ser identificados mais cedo (Rodrigues e Antunes, 2013), a comorbilidade é um elemento que pode dificultar a avaliação (Iudici, et al., 2014), sendo por isso importante o despiste de outros diagnósticos ao longo da mesma (Rodrigues e Antunes, 2013). Para o diagnóstico ser estabelecido, é necessário que este se fundamente em termos conceituais, para tal deve-se realizar: uma entrevista à família para recolha de informações, um exame médico, uma avaliação de escalas e inventários dos sintomas da PHDA e de outras perturbações, recolha de informações do desempenho e perfil académico e uma avaliação direta à criança com recurso a provas de avaliação das funções executivas, da atenção, de aspetos emocionais e do autoconceito (Rodrigues e Antunes, 2013).

Na entrevista, o técnico deve procurar detalhar a história da criança, sendo importante questionar sobre a presença de sintomas de PHDA, e perceber qual a sua duração, frequência e gravidade, assim como em que contextos estão presentes (Cordinhã e Boavida, 2008; Pliszka, 2007). É importante também recolher informações sobre o desenvolvimento da criança (informação clínica, social e escolar) e a história e funcionamento da família, percebendo o impacto dos problemas expostos na criança e na família (NICE, 2009; Pliszka, 2007). Ao longo da entrevista é importante despistar a presença de sintomas relacionados com outras perturbações ou dificuldades de aprendizagem (Pliszka, 2007). A entrevista serve como ponto de partida, ajudando-nos a construir uma avaliação adaptada a cada caso (NICE, 2009).

A avaliação médica permite o despiste da presença de doenças que por vezes podem imitar ou causar alguns sintomas da PHDA, e verificar a presença de outras perturbações que possam coexistir e que irão influenciar um futuro plano de intervenção (NICE, 2009).

As escalas ou inventários de comportamento utilizados, permitem avaliar os problemas de saúde mental, social ou comportamentais, e possuem dados normativos que permitem a comparação com a população geral ou grupos específicos, estas podem ser

preenchidas por pais e professores (Pliszka, 2007; NICE, 2009) ou em alguns casos pelo próprio (Rodrigues e Antunes, 2013). Estes inventários podem servir para avaliar o comportamento geral e o funcionamento psicológico, ou sintomas específicos da PHDA ou de outra perturbação. Além destes questionários, podem ser colocadas outras questões específicas aos professores no sentido de documentar o desenvolvimento social e académico (NICE, 2009).

Para completar a avaliação podem ser realizadas diferentes provas neuropsicológicas em função de cada caso, contudo, quando utilizadas permitem fazer o despiste de outras perturbações (Pliszka, 2007) e estabelecer um perfil neuropsicológico que facilita o diagnóstico e a distinção entre as diferentes formas de expressão da PHDA (Blanco, Vázquez-Justo e Fernandes, 2017). Estes testes avaliam o funcionamento cognitivo e os diferentes processos executivos e atencionais (Pliszka, 2007; Blanco, et al., 2017).

#### ▪ **Funções executivas:**

A avaliação das funções executivas para o diagnóstico da PHDA, deve-se à importância que estas têm vindo a ganhar na compreensão do funcionamento cerebral dos indivíduos com PHDA (Rodrigues e Antunes, 2013). Desta forma, o termo funções executivas refere-se a um conjunto de funções mentais cognitivas e emocionais superiores que envolvem o controlo e regulação do comportamento e do desempenho (NICE, 2009), estas atividades mentais são reguladas pela zona pré-frontal do córtex, e permitem ao indivíduo autorregular-se. Por autorregulação podemos compreender qualquer ação auto direcionada que tem o objetivo de alterar a probabilidade de uma consequência futura (Barkley, 2000).

As funções executivas envolvem assim, entre outras atividades mentais: vontade; planeamento; intencionalidade; inibição; resistência à distração; resolução de problemas; desenvolvimento, seleção e monitorização de estratégias; flexibilidade cognitiva; manutenção da persistência e autoconsciência (Barkley, 2000).

Ao longo dos anos, tem-se vindo a estudar a associação entre as funções executivas e a PHDA, Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone e Pennington (2005) na sua meta-análise de 83 estudos, verificaram a presença de indícios de uma associação significativa entre a PHDA e a presença de défices em alguns dos principais domínios das funções executivas tais como: inibição de resposta, vigilância, memória de trabalho e planeamento. Também Yañez-Téllez, et al. (2012) verificaram que as crianças com PHDA comparativamente aos seus pares apresentam menor flexibilidade cognitiva e dificuldades na atenção sustida, em compreender tarefas orais ou escritas e na memória a longo prazo.

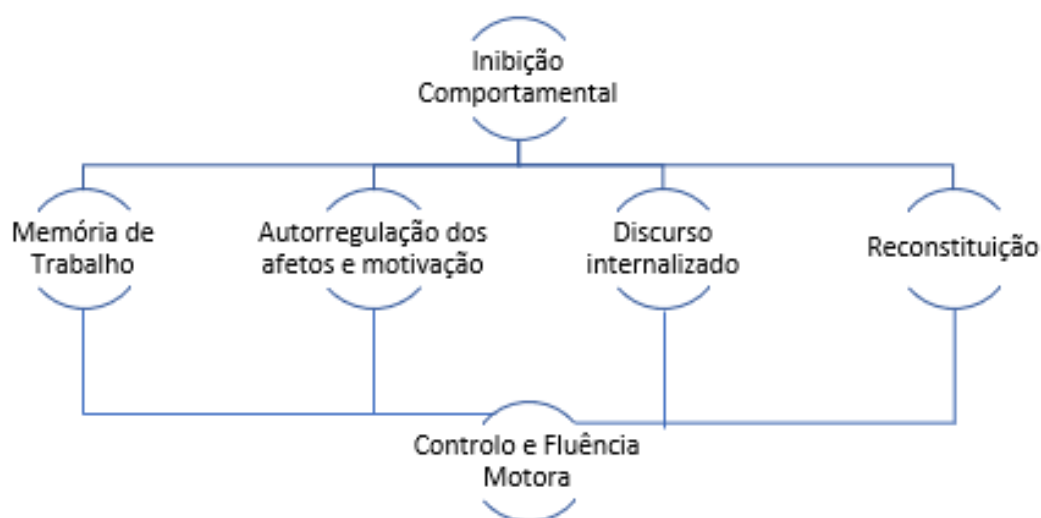


Contudo, esta associação, não justifica por si só a existência de uma PHDA, assim as dificuldades nas funções executivas parecem ser uma de várias fraquezas importantes para compreender toda a etiologia neuropsicológica da PHDA (Willcutt, et al., 2005). Aceita-se cientificamente que ambos os processos executivos e não-executivos estão comprometidos nas pessoas com PHDA, ou seja, existem dificuldades generalizadas nos processos atencionais e cognitivos, ao invés de um déficit primário isolado na inibição comportamental (NICE, 2009).

Para melhor compreender esta associação entre as funções executivas e a PHDA Barkley e Brown construíram modelos a partir de trabalhos já realizados no sentido de aumentar o conhecimento e compreensão das funções executivas como mecanismos cerebrais de autorregulação (Barkley, 1997; Brown, 2006).

No seu modelo (figura 1), **Barkley** assenta na presunção que o bom desenvolvimento da inibição comportamental é essencial para o normal desempenho das cinco outras capacidades neuropsicológicas: memória de trabalho, internalização do discurso, autorregulação dos afetos e da motivação, reconstituição, e controlo e fluência motora. Os primeiros quatro são considerados como executivos na sua natureza porque permitem a autorregulação e o controlo do comportamento pela representação internalizada de informação (Barkley, 1997).

Figura 1: Esquema do modelo conceptual das funções executivas de Barkley. (Adaptado de Barkley, 1997)



A inibição de resposta é definida como a capacidade de atrasar uma resposta imediata perante um estímulo ambiental, permitindo uma sustentação necessária ao desenvolvimento das funções executivas e da autorregulação (Barkley, 2000), já a autorregulação é definida por Barkley (1997) como a capacidade que permite a orientação e persistência de um comportamento para um objetivo futuro, através do reajustamento de comportamentos disruptivos.

Assim, o modelo assume a existência de défices em três processos que envolvem a inibição de comportamentos: inibição de respostas prepotentes, parar respostas em progresso através da deteção de erros, e controlo de interferências. Estes défices por sua vez levam a dificuldades secundárias nas quatro funções neuropsicológicas que de acordo com o autor, estão parcialmente dependentes da inibição para o seu funcionamento efetivo (Barkley, 1997). Como referido estas funções são:

- › Memória de Trabalho: capacidade de manter a representação mental numa sequência temporal correta permitindo orientar o comportamento. Tem uma função retrospectiva e prospetiva e permite antecipar.
- › Autorregulação dos afetos e motivação: esta função executiva pode inicialmente resultar de outras. Através da apresentação de estímulos verbais e não verbais surgem estados de motivação e emocionais. Esta função permite a autorregulação de estados motivacionais perante objetivos, ou seja, é a fonte de motivação intrínseca essencial para orientar o comportamento para o objetivo.
- › Discurso internalizado: este é um discurso auto- direcionado que nos permite fazer reflexões, descrições e autoquestionamento, criando assim um ponto de partida para a resolução de problemas e o estabelecimento de regras e planos. A combinação deste com a memória de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento do raciocínio moral.
- › Reconstituição: consiste na interação de dois processos, análise e síntese. Possibilita a manipulação e separação de experiências antigas, sintetizando-as em novas respostas, permitindo a seleção de qual o comportamento mais viável em função do objetivo.

Barkley (1997) refere ainda que, a existência de dificuldades nestas funções executivas cria défices ao nível do sistema motor, particularmente na orientação e resposta comportamental a objetivos e no controlo do comportamento motor.

O **modelo de Brown** por outro lado procura conceptualizar as funções executivas de todos os indivíduos, separando-as em seis grupos, aqui ao contrário do modelo de Barkley não existem variáveis unitárias, ou seja, estes grupos contêm uma variedade

de funções executivas relacionadas (Brown, 2006). Os grupos de funções executivas são (Brown, 2006):

- › Ativação: organização, priorizando e ativando o trabalho.
- › Foco: focar, sustentar e deslocar a atenção para as tarefas.
- › Esforço: regular o estado de alerta, esforço de sustentação e velocidade de processamento.
- › Emoções: gerir a frustração e regular emoções.
- › Memória: utilizar a memória de trabalho e aceder a recordações
- › Ação: monitorizar e autorregular a ação.

Brown tem ainda em conta no seu modelo a variabilidade situacional das dificuldades da PHDA, ou seja, o impacto que o interesse pessoal pode ter na realização de atividades específicas. Desta forma, Brown verificou a existência de atividades nas quais indivíduos com PHDA não apresentam dificuldades no desempenho de funções executivas que de forma geral, costumavam apresentar noutras atividades da sua vida (Brown, 2006).

Barkley e Brown descrevem desta forma a PHDA como uma perturbação do desenvolvimento das funções executivas. Sendo que o primeiro limita o modelo à forma de expressão combinada, e da primazia à inibição comportamental como função executiva principal onde assenta o desenvolvimento e funcionamento das outras funções (Brown, 2006; Barkley, 1997). E o segundo, considera a inibição comportamental como apenas uma das múltiplas funções executivas, que está em interação e é interdependente das outras. Este vê as dificuldades nas funções executivas como a essência da perturbação, contudo refere que as dificuldades nas funções executivas não serão estabelecidas como específicas na PHDA, pois a maioria das perturbações psiquiátricas envolvem défices nestas funções (Brown, 2006).

#### ▪ **Desenvolvimento da perturbação ao longo da vida:**

Ao longo do desenvolvimento, o défice básico na regulação dos neurotransmissores mantém-se, sendo que as mudanças específicas de cada fase ocorrem principalmente ao nível comportamental (Schmidt e Peterman, 2009), desta forma de seguida será descrita a evolução comportamental da perturbação ao longo da infância, adolescência e idade adulta.

### **Infância**

Existem descrições de traços comportamentais na infância precoce (do nascimento aos 3 anos) que podem predizer um futuro diagnóstico de PHDA (Rodrigues e Antunes,

2013). Alguns dos padrões mais referidos são: a presença de reações emocionais excessivas (Phelan, 2005) como a irritabilidade, sobreexcitação e dificuldade na manutenção da calma (Rodrigues e Antunes, 2013); a irrequietude motora que levam à presença de acidentes frequentes (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013); a aquisição da marcha precoce e dificuldades de coordenação motora (Phelan, 2005). Estes sinais, contudo, carecem de cuidado, pois estas são características que podem indicar diferentes tipos de dificuldades futuras (Rodrigues e Antunes, 2013).

Na altura do pré-escolar, as características mais descritas são: a fraca tolerância à frustração que se refletem na presença de comportamentos agressivos e explosivos; a presença de dificuldade em obedecer a regras e rotinas; agravamento de comportamentos desobedientes e de problemas de conduta; presença de impulsividade e agitação motora que levam à ocorrência de incidentes (e.g.: partir coisas por impulsividade) e a dificuldades em ajustarem o seu comportamento às regras da sala de aula (e.g.: não conseguem ficar sentadas no lugar, falam excessivamente) (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

A investigação refere que a presença significativa de: dificuldades no funcionamento executivo (Cherkasova, Sulla, Dalena, Pondé, Hechtman, 2013) como défices na inibição de comportamentos e na capacidade de atenção (Stauffenberg e Campbell, 2007) são preditores de um diagnóstico de PHDA. A *American Psychiatric Association* (2013) nomeia assim a hiperatividade como o principal sintoma presente nesta idade, referindo a ambiguidade do diagnóstico, devido à dificuldade em diferenciar comportamentos hiperativos normativos de clínicos nestas idades.

É assim, durante os primeiros anos escolares que os sintomas de desatenção se tornam mais evidentes e é mais fácil identificar a presença de diagnóstico (APA, 2013), sendo por isso nesta altura que a maioria dos diagnósticos são feitos (Cherkasova, et al., 2013; Schmidt e Peterman, 2009). Tal acontece principalmente devido passagem para uma aprendizagem estruturada (Rodrigues e Antunes, 2013) e mais exigente (Phelan, 2005), onde surgem queixas relativas à existência de comportamentos perturbadores na sala de aula e/ou de dificuldades no desempenho académico (Cherkasova, et al., 2013).

Existe assim um agravamento geral do quadro comportamental descrito para as idades pré-escolares, sendo referidas na escola dificuldades: de aprendizagem, em preparar e organizar o material, cumprir tarefas até ao fim, na capacidade de concentração (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013). Em casa os pais descrevem estas crianças como imaturas e com fraca autonomia (Rodrigues e Antunes, 2013). Em termos sociais e emocionais estão presentes as características de hiperatividade e impulsividade,

juntamente com a dificuldade em regular o comportamento e a fraca tolerância à frustração que origina uma tendência para comportamentos de desafio e conflito (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

Com o aproximar da adolescência tendem a surgir sinais de isolamento, depressão e baixa autoestima, tornando-se cada vez mais comum a passagem de sentimentos a ações, levando à existência de comportamentos desajustados e delinquentes (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013). Nesta fase, contudo, estas situações podem adquirir um carácter permanente, ou seja, podem traduzir-se na presença de uma comorbilidade (e.g.: POD, PC) o que complica o prognóstico nas fases da adolescência e idade adulta (Cherkasova, et al., 2013).

### **Adolescência**

No início da adolescência a perturbação é relativamente estável, contudo alguns adolescentes vêm o seu percurso dificultado devido ao desenvolvimento de comportamentos desajustados. Na maioria dos casos os sintomas de hiperatividade tornam-se menos evidentes na passagem para a adolescência, contudo as dificuldades com a inquietação, desatenção, fraco planeamento e impulsividade persistem (APA, 2013).

Esta é uma fase, que apresenta novas exigências sociais, e onde o desenvolvimento da autonomia e identidade ocorrem. Para alguns adolescentes com PHDA a presença de características como a dificuldade de autocontrolo, inibição, auto-monitorização e planeamento dificultam o seu percurso ao longo desta fase (Rodrigues e Antunes, 2013). Desta forma, é comum nos adolescentes com PHDA, a existência de dificuldades na relação com os pares e na criação e manutenção de amizades, acabando muitas vezes por as suas relações serem de curto prazo (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

Além disto, é frequente a presença destes adolescentes em situações de *bullying*, podendo assumir o papel de agressor ou vítima (Rodrigues e Antunes, 2013). Os adolescentes com PHDA estão também mais propensos ao abuso de álcool e de substâncias (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013) e a iniciarem a sua vida sexual mais cedo fazendo-o frequentemente de forma desprotegida (Rodrigues e Antunes, 2013).

Em termos académicos são adolescentes a quem surgem dificuldades de aprendizagem específicas (Rodrigues e Antunes, 2013) ou atrasos em relação aos seus pares, devido à presença de défices de atenção (Phelan, 2005).

## **Idade Adulta**

Uma proporção de crianças diagnosticadas com PHDA mantém algumas das suas dificuldades na idade adulta (APA, 2013), nesta fase os sintomas de desatenção, inquietação e impulsividade podem continuar a estar presentes (APA, 2013; Phelan, 2005). Contudo, as dificuldades experienciadas na idade adulta, surgem muitas vezes de problemas adicionais e que não faziam parte do diagnóstico inicial de PHDA (Phelan, 2005).

Schmidt e Peterman (2009) encontraram indícios de que o aparecimento de comorbidade ao longo do desenvolvimento de um indivíduo pode levar à existência de dificuldades de funcionamento específicas na idade adulta. Também Agnew-Blais, Polanczk, Danese, Wertz, Moffitt e Arseneault (2016), verificaram que a presença de sintomas da PHDA na idade adulta, está bastante relacionada com a gravidade que esta teve na infância e com a associação de problemas neuropsicológicos ao longo do desenvolvimento. A frequência de comorbidade na idade adulta é assim elevada, particularmente com os diagnósticos psiquiátricos de perturbação da ansiedade, depressão ou perturbação obsessivo-compulsiva (Rodrigues e Antunes, 2013).

Em termos académicos, os adultos com PHDA apresentam frequentemente níveis de escolarização inferiores relativamente aos pares, havendo apenas uma minoria que termina o ensino universitário (Rodrigues e Antunes, 2013). No emprego, existem problemas de instabilidade e dificuldades (Phelan, 2005, Rodrigues e Antunes, 2013), estes devem-se principalmente devido à presença de: insatisfação constante, baixa tolerância à frustração, aborrecimento e impulsividade (Rodrigues e Antunes, 2013).

A nível social, são adultos que apresentam maior incidência de conflitos nas relações sociais com pares, parceiros e autoridades e baixa resistência à frustração (Rodrigues e Antunes, 2013). São também comuns comportamentos de risco como a condição perigosa (Phelan, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013)

Rodrigues e Antunes (2013) referem a presença de três tipos de adultos com PHDA: os que apesar de diagnosticados na infância têm um funcionamento adequado na idade adulta, os que apresentam vários problemas na idade adulta, os que têm diagnósticos psiquiátricos associados e que são disfuncionais.

### **▪ Intervenção Farmacológica e Não-Farmacológica:**

Muitas têm sido as intervenções utilizadas no tratamento da PHDA, desde as intervenções farmacológicas e psicológicas, passando pelos remédios naturais e homeopáticos até ao recurso a dietas (Catalá-López, et al., 2017).

Contudo, considera-se que a intervenção mais eficaz é a que combina a utilização de intervenção farmacológica com a não farmacológica (Parker, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013), este tipo de intervenção permite o aumento da probabilidade do sucesso terapêutico ao longo do tempo, e a adaptação dos tipos de intervenção não farmacológica de acordo com as necessidades da criança ao longo do desenvolvimento (Rodrigues e Antunes, 2013).

Catalá-López, et al. (2017) numa meta-análise de 190 estudos que comparavam os efeitos de tratamentos farmacológicos com tratamentos não-farmacológicos, encontraram evidências que o tratamento farmacológico tem maior impacto que o não-farmacológico (utilizados separadamente), contudo a combinação de tratamento com fármacos estimulantes e terapia comportamental apresentou maior impacto que o tratamento farmacológico utilizado de forma isolada. Os autores referiram ainda que a decisão de combinar estas intervenções deve ser tomada de acordo com: a presença de sintomas, as necessidades da criança e da família e a disponibilidade dos serviços de saúde (Catalá-López, et al., 2017).

Em termos de terapias não-farmacológicas, a terapia comportamental foi a única que apresentou benefícios estatisticamente significativos, isto aconteceu principalmente quando existe um envolvimento ativo da criança, família e professores (Catalá-López, et al., 2017). De seguida será abordada sucintamente a terapia farmacológica e mais extensivamente a terapia comportamental/ intervenção psicossocial.

Relativamente à terapia farmacológica, em Portugal o princípio ativo mais utilizado é o metilfenidato que pode assumir a designação de Rubifen, Ritalina e Concerta, cada um destes medicamentos tem diferentes formulações, que acabam por diferenciá-los principalmente em termos de duração do efeito. Este é o composto ativo mais estudado e apresenta um efeito sobre o sistema nervoso das crianças, não provocando dependência. Catalá-López, et al. (2017) na sua meta-análise identificam o metilfenidato como um dos medicamentos farmacológicos mais eficazes e aceites. Em termos cerebrais, este medicamento eleva o nível de dopamina, promovendo assim a comunicação intercelular (Rodrigues e Antunes, 2013).

Em termos práticos Rodrigues e Antunes (2013) referem que é observada uma melhoria na capacidade de concentração, diminuição da agitação motora e uma redução da impulsividade, sendo estes dados corroborados por Bolfer et al. (2016) que no seu estudo verificaram que o tratamento com metilfenidato, promove uma melhoria significativa na memória de trabalho, na capacidade de inibição e na flexibilidade cognitiva, assim como um efeito geral em outras funções executivas.

Relativamente à intervenção psicossocial ou comportamental (também denominada intervenção psicológica) visa a mudança de comportamentos e o desenvolvimento de competências específicas (Rodrigues e Antunes, 2013), promovendo assim a melhoria no funcionamento e nos comportamentos apresentados por estas crianças no seu quotidiano, assim como a relação com os seus pares e família (NICE, 2009).

A intervenção psicossocial pode incluir diferentes abordagens cognitivo-comportamentais, entre as quais se encontram intervenções como o treino parental, cognitivo e de habilidades sociais (NICE, 2009), estas intervenções podem ser dirigidas à expressão dos sintomas ou à aquisição de competências em domínios de vida onde o impacto dos sintomas mais se faz sentir (Rodrigues e Antunes, 2013).

Nas crianças mais jovens, são utilizadas principalmente abordagens comportamentais e treino parental. Enquanto que para crianças mais velhas são utilizadas terapia cognitivo-comportamental, treino de habilidades sociais e treino parental (NICE, 2009). Independentemente da metodologia utilizada, esta deve ser aplicada tendo em conta três vertentes importantes: a criança, a família e a escola (Rodrigues e Antunes, 2013).

### **A criança:**

Como já referido, muitos dos diagnósticos de PHDA em crianças e adultos, estão associados com problemas de comportamento e outras perturbações mentais, tais como: depressão, ansiedade, comportamentos de oposição e desafio, fraca autoestima, dificuldade nos relacionamentos e problemas de aprendizagem (NICE, 2009). Desta forma, a necessidade de intervenção individual pode adquirir diferentes objetivos, de acordo com as necessidades da criança (Rodrigues e Antunes, 2013).

A intervenção pode assim ajudar a criança a: aceitar e compreender o problema, permitindo-lhe que aprenda a lidar com as suas dificuldades e com a perturbação (Rodrigues e Antunes, 2013); recuperar a sua autoestima; ultrapassar sentimentos de desmoralização ou depressão e a aprender padrões de comportamento mais eficazes para a resolução de problemas (Parker, 2005).

Rodrigues e Antunes (2013) dividem os objetivos que a intervenção com a criança pode assumir em três grandes áreas:

- › Desenvolvimento de competências que não estão desenvolvidas – funções executivas (planeamento, auto-monitorização, análise e síntese, organização e memória de trabalho); capacidade de atenção aplicada (focar, sustentar e manter a atenção inibindo estímulos); autocontrolo e regulação comportamental (inibir,



regular e redirecionar o comportamento) e regulação e gestão de emoções (identificar e regular estados emocionais).

- › Desenvolvimento de competências deficientes devido ao impacto da PHDA nos contextos - métodos e hábitos de estudo, competências sociais e pessoais e autoestima.
- › Desenvolvimento de competências não diretamente relacionadas com a perturbação - mas que coexistem com frequência e necessitam de uma intervenção específica (e.g.: motricidade e linguagem).

Um dos métodos de intervenção individual é o treino de habilidades sociais, este pode acontecer em intervenção direta individual ou em grupo. Durante este processo terapêutico a maioria dos técnicos trabalha as habilidades sociais com as crianças de uma forma lúdica, incluindo a discussão da questão e encenações dentro da sessão, permitindo à criança praticar essas habilidades e ter um feedback imediato do técnico (Chacko, et al., 2015). Esta é uma das áreas de intervenção que pode ser associada à psicomotricidade, sendo esta uma área de intervenção que olha para o indivíduo como um todo, onde as funções da motricidade são indissociáveis das funções afetivas, relacionais, linguísticas e cognitivas. A intervenção psicomotora pode ser assim, mediatizada pelo corpo, pela ação, pelo gesto, pelo jogo, pelo conto, pelo ritmo e pela motricidade, procurando intervir na resolução mental dos processos de planificação e antecipação, e não apenas na ação motora em si (Fonseca, 2010).

Kim e Suh (2016) corroboram esta ideia, tendo encontrado no seu estudo efeitos positivos da aplicação de um programa psicomotor a crianças com PHDA, ao nível da resiliência do autoconceito e autorrespeito e nas habilidades de relacionamento social. Noutro estudo, Suh e Moon (2016) verificaram igualmente que a aplicação de um programa psicomotor apresentou melhorias significativas ao nível da desatenção (principalmente visual devido aos estímulos utilizados) e da impulsividade.

### **A família:**

A intervenção com a família, procura ajudar os pais a desenvolver estratégias para melhor lidarem com as dificuldades do comportamento do seu filho (NICE, 2009), assim é importante existir processo de aconselhamento, que envolve um suporte parental, onde os pais são providos de informações e conhecimentos que facilitem e lhe deem competências para ajudarem os filhos (Parker, 2005), e onde é realizado um trabalho conjunto entre os pais e os técnicos para a identificação, estabelecimento e monitorização de estratégias (e.g.: utilização de elogios, instruções curtas, diretas e

afirmativas, utilização do humor, entre outras) que permitam a gestão de comportamentos em casa (Rodrigues e Antunes, 2013).

Além deste aconselhamento, existem ainda a possibilidade de encaminhar os pais para intervenções de treino parental, terapia familiar ou grupos de entreajuda (NICE, 2009; Parker, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013). Assim, o treino parental é uma intervenção comportamental (NICE, 2009) que procura informar os pais da natureza da PHDA (Rodrigues e Antunes, 2013), dotar os pais de conhecimentos sobre técnicas e estratégias para gerirem as questões comportamentais dos seus filhos, melhorar as relações entre os pais e filhos (NICE, 2009; Rodrigues e Antunes, 2013) e aumentar as competências e a confiança dos pais em relação aos seus filhos (NICE, 2009). Este tipo de intervenção é mais adequado entre os dois e os onze anos de idade, e em casos de famílias relativamente estáveis (e.g.: sem psicopatologia depressiva da mãe, stress parental, etc.) (Rodrigues e Antunes, 2013).

#### **A escola:**

A intervenção com a escola pode acontecer através de reuniões com os professores, onde o técnico que acompanha a criança, pode ajudar o professor a encontrar e monitorizar estratégias de intervenção em sala (Rodrigues e Antunes, 2013), para que o processo de ensino-aprendizagem seja bem-sucedido, é importante a existência de mudanças e adaptações (e.g.: apoio mais próximo do professor, mudança de lugar, feedbacks positivos durante a realização dos trabalhos, auxílios na organização de material e trabalhos) que permitam responder às necessidades da criança, sendo importante incluir nesta intervenção na escola objetivos relativos à modificação de comportamentos e ao desempenho académico (Parker, 2005; Rodrigues e Antunes, 2013).

Concluindo, e como refere Parker (2005) as crianças com PHDA retiram grandes benefícios de uma intervenção que envolva os domínios médico, educativo, comportamental e psicológico.

#### **▪ Bibliografia:**

- › Agnew-Blais, J., Polanczk, G., Danese, A., Wertz J., Moffitt, T. e Arseneault, L. (2016). JAMA Psychiatry, 73(1), 713-720. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0465.
- › American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

- › Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 57(11), 1336-1346. doi: [10.1016/j.biopsycho.2005.02.006](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2005.02.006).
- › Barkley, R. (2000). Genetics of Childhood Disorders: XVII. ADHD, Part 1: The Executive Functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1064 – 1068.
- › Blanco, A., Vázquez-Justo, E. e Fernandes, S. (2017). Diagnóstico y comorbilidad del TDAH. In Vázquez-Justo, E. e Blanco, A. (Eds.) *TDAH y Trastornos Asociados* (pp. 8-19) Maribor: Lex Localis Press. ISBN 978-961-6842-80-8.
- › Bolfer, C., Pacheco, S., Tsunemi, M., Carreira, W., Casella, B. e Casella, E. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder: the impact of methylphenidate on working memory, inhibition capacity and mental flexibility. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(4):204-208. doi: [10.1590/0004-282X20170030](https://doi.org/10.1590/0004-282X20170030).
- › Brown, T. (2006). Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*. 53 (1), 35-46. doi: [10.1080/10349120500510024](https://doi.org/10.1080/10349120500510024).
- › Cabral, P. (2005). Hiperatividade ou Desatenção?. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 20, 61-71.
- › Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M., Ridao, M., Saint-Gerons, D., ..., Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *Systematic Reviews*, 4 (19). doi: [10.1186/s13643-015-0005-7](https://doi.org/10.1186/s13643-015-0005-7).
- › Chacko, A., Allan, C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L. e Chimiklis, A. (2015). Training Parents of Youth with ADHD. In Barkley, R. (Ed), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, Fourth Edition* (pp. 513-536). Nova Iorque: The Guilford Press. ISBN: 9781462517725.
- › Cherkasova, M., Sulla, E., Dalena, K., Pondé, M. e Hechtman, L. (2013). Developmental Course of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47- 54.
- › Cordinhã, A. e Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24 (5), 577-589.
- › Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

- › Iudici, A., Faccio, E., Belloni, E. e Costa, N. (2014). The Use of the ADHD Diagnostic Label: What Implications Exist for Children and Their Families?. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 122, 506-509. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.1383.
- › Kim, H., e Suh, Y. (2016). Effect of Psychomotricity by ADHD Children on the Ego-Resilience and Social Relation Skill of Convergence. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(26). doi: [10.17485/ijst/2016/v9i26/97406](https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i26/97406).
- › Lange, K.; Reichl, S.; Lange, K.; Tucha L. e Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2, 241-255. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8.
- › Langley, K., Holmans, P., van den Bree, M. e Thapar, A. (2007). Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behavior: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*, 7(26). doi: 10.1186/1471-244X-7-26.
- › Lopes, J. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- › Nigg, J. (2012). Future Directions in ADHD Etiology Research. *Journal of Clinical Child e Adolescent Psychology*, 41(4), 524-533. doi: 10.1080/15374476.2012.686870.
- › Parker, H. (2005). *Desordem por déficit de atenção e hiperatividade: um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- › Phelan, T. (2005). *TDA/TAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*. São Paulo, Brasil: M. Books.
- › Pliszka, S. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894–921. DOI: 10.1097/chi.0b013e318054e724.
- › Rodrigues, A, e Antunes, N. (2013). *Mais forte do que eu!*. Alfragide: Lua de papel. ISBN: 9789892325491.
- › Spencer, T., Biederman, J. e Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631-642.
- › Suh, Y. e Moon, H. (2006). Effect of Psychomotor Program on Inattention and Impulsivity of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(25). doi: [10.17485/ijst/2016/v9i25/97233](https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i25/97233).

- › Taylor, E., Dopfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ..., Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child e Adolescent Psychiatry*, 13(1), 7 – 30. doi: [10.1007/s00787-004-1002-x](https://doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x).
- › The National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*. Leicester: British Psychological Society.
- › Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone S. e Pennington, B., (2005). Validity of the Executive Function Theory of AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346. doi: [10.1016/j.biopsych.2005.02.006](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006).
- › Yàñez-Téllez, et al. (2012). Cognitive and executive functions in ADHD. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(6), 293-298.

→ Revisão da Literatura – Modelo DIR/ Floortime

## Introdução ao Modelo:

▪ O modelo DIR/ Floortime é uma abordagem de intervenção desenvolvida por Stanley Greenspan e Serena Wieder, e procura ajudar as famílias e profissionais na compreensão e apoio às crianças, particularmente as que apresentam problemas de desenvolvimento, tais como: défice de atenção, dificuldades no processamento sensorial, dificuldades na linguagem, problemas motores, história traumática ou Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (Davis, Isaacson e Harwell, 2014).

As perturbações do desenvolvimento têm mostrado serem perturbações de conexão, caracterizadas por uma falta de integração ou coordenação entre os sistemas cerebrais (Davis, Isaacson e Harwell, 2014). A PEA, por exemplo, é uma perturbação do desenvolvimento complexa que envolve atrasos e problemas nas interações sociais, linguagem e numa variedade de habilidades emocionais, cognitivas, motoras e sensoriais. São observáveis comportamentos específicos (e.g.: ecolálias, alinhar os brinquedos) contudo estes problemas são resultado de outros problemas fundamentais na relação, comunicação e pensamento (Greenspan e Wieder, 2006).

O modelo DIR/Floortime assenta na suposição de que conseguimos influenciar de forma positiva as principais bases do desenvolvimento do relacionamento, do pensamento e da comunicação, mesmo em crianças com problemas severos. Isto acontece através do trabalho com as emoções e afetos das crianças (Greenspan e Wieder, 2006). Desta

forma, as estratégias do modelo foram projetadas não só para aproveitar o poder terapêutico do afeto e das emoções, que desempenham um importante papel de integração cerebral, mas também para envolver todos os principais sistemas cerebrais em simultâneo (Davis, Isaacson e Harwell, 2014).

Assim, no modelo a chave para compreender a criança é seguir a sua liderança, esta é uma porta de entrada para o seu mundo, onde é criada uma conexão emocional, que posteriormente nos irá permitir trazer a criança para uma experiência emocional partilhada (Hess, 2013). O modelo procura então construir bases saudáveis para o desenvolvimento social, emocional e intelectual, ao invés de se focar em habilidades ou comportamentos isolados, como pode ser observador em outros modelos (Greenspan e Wieder, 2008).

Apesar de tanto o modelo DIR e o Floortime serem vistos como uma mesma coisa, o segundo é uma componente de um programa de intervenção compreensivo baseado no DIR, ou seja, o Floortime procura criar interações de aprendizagem emocionalmente significantes que encorajem capacidades básicas do desenvolvimento que serão abordadas mais à frente (Greenspan e Wieder, 2006). Já o **DIR - Desenvolvimento, Diferenças Individuais e Relação** – é explicado pelo seu próprio nome como um modelo de **Desenvolvimento** composto por seis etapas do desenvolvimento emocional (Greenspan e Wieder, 2006) que são essenciais para o estabelecimento de relações espontâneas e empáticas, assim como para o domínio de habilidades académicas (Greenspan e Wieder, 2008). Relativamente às **Diferenças Individuais**, estas referem-se à forma única como cada criança regula e responde, compreende sensações, planos e sequências de ações e ideias, ou seja, a forma como processa informação. Já a **Relação** refere-se à forma como o modelo compreende as relações de aprendizagem que são estabelecidas com a criança, aqui procura-se que as relações sejam baseadas em afetos e adaptadas às diferenças individuais assim como ao nível de desenvolvimento emocional de cada criança (Greenspan e Wieder, 2006; Greenspan e Wieder, 2008).

### **Aspetos Centrais do Modelo:**

- O modelo baseia-se numa interação de um para um trabalhando com a criança no seu envolvimento de brincadeira natural, para isso o adulto tem primeiro de observar e avaliar as atividades e interesses e o estado emocional da criança, e só depois se juntar à brincadeira. O adulto deve seguir a liderança da criança, suportando a organização e elaboração de ideias e sentimentos, procurando a criação de círculos de

comunicação fechados ou interações onde o adulto aborda e a criança responde, seja por fala, gestos ou movimentos (Mercer, 2017).

Para que tal seja conseguido, o modelo apresenta dois objetivos a serem cumpridos: o primeiro objetivo é, como já referido, seguir a liderança da criança ou aproveitar os interesses naturais da mesma, ou seja, devemos retirar pistas a partir das suas ações naturais. Os interesses destas são uma janela para a sua vida emocional e intelectual, através da observação dos seus interesses e desejos naturais, nós conseguimos perceber o que ela acha agradável e o que a motiva, isto pode incluir ações que podemos querer desencorajar, contudo, mesmo nestes casos é preciso ter em conta que existe alguma coisa naquele comportamento que é significativo ou prazeroso para a criança. Ou seja, como a criança não consegue exprimir as suas vontades ou desejos, tentamos percebê-los através das suas ações, é por esse motivo que no modelo começamos por seguir a liderança da criança e nos juntamos ao seu mundo (Greenspan e Wieder, 2006).

O segundo objetivo é trazer a criança a um “mundo partilhado”, sem a colocarmos perante comportamentos negativos (e.g.: chorar, gritar), pretendemos assim que esta queira estar naquele “mundo” connosco. Conseguimos alcançar este objetivo, através do primeiro, onde mostrámos à criança que respeitamos e participamos no que lhe interessa, sendo que o “mundo partilhado começa quando a criança começa a dar-nos olhares curiosos e amigáveis, ao invés de olhar aborrecida ou fugir. É a partir deste “mundo partilhado” que conseguimos começar a ajudar a criança a dominar as suas habilidades básicas do relacionamento, da comunicação e do pensamento, estes dois objetivos procuram que a criança se torne empática, criativa, lógica e reflexiva (Greenspan e Wieder, 2006).

Existem também dois aspetos principais a ter em conta: o primeiro é o papel essencial dos fatores emocionais e da personalidade e a sua relação com a inteligência, o envolvimento prazeroso da criança é necessário para que as aprendizagens ocorram (Mercer, 2017). pois permitem que as diferentes partes do cérebro trabalhem em simultâneo, promovendo a integração/ organização geral do mesmo (Davis, Isaacson e Harwell, 2014; Greenspan e Wieder, 2008), potenciando o desenvolvimento de capacidades sociais, emocionais e intelectuais (Greenspan e Wieder, 2008). O segundo é o facto de o modelo seguir as etapas que os autores chamaram de Capacidades de Desenvolvimento Emocional e Funcional (Greenspan e Wieder, 2006), desta forma um défice numa etapa irá comprometer o desenvolvimento das seguintes (Mercer, 2017), sendo que o domínio destas etapas influência não só o desenvolvimento emocional, mas também o desenvolvimento cognitivo, a capacidade de pensar e a noção de si

(Greenspan e Wieder, 2006). Assim, o modelo procura alcançar o domínio de todas as etapas adaptativas precoces pelas crianças que apresentam défices em uma ou mais etapas (Mercer, 2017).

## **Etapas do Desenvolvimento Emocional e Funcional:**

- Existem seis etapas primárias e três etapas avançadas que marcam o desenvolvimento funcional e emocional das crianças, as etapas mais avançadas caracterizam-se pelo *continuum* desenvolvimental na adolescência e nos adultos. Cada etapa envolve o domínio simultâneo de ambas as habilidades cognitiva e emocional. Por vezes, há crianças que dominam apenas parcialmente uma destas etapas, quando isto ocorre o desenvolvimento emocional pode prosseguir, mas encontra-se constrangido, ou seja, as relações podem ser mais superficiais e menos íntimas e a empatia pelos outros pode ser limitada a apenas alguns sentimentos (Greenspan e Wieder, 2006). De seguida serão apresentadas mais detalhadamente cada uma das etapas primárias:

- Etapa 1: Regulação interna e interesse no mundo

Nos primeiros meses de vida, os bebés aprendem a transferir as emoções a partir das suas próprias sensações internas, ou seja, aprendem a ser capazes de ativamente tirarem informações das suas experiências com os outros, através do que vêem, ouvem, cheiram, tocam, saboreiam, e da forma como se mexem. Assim o foco da primeira etapa é a partilha da atenção, para aprender e interagir socialmente é preciso que as crianças sejam capazes de se focarem, estarem calmos e que queiram ouvir ou olhar e prestar atenção ao mundo exterior. Os cuidadores suscitam este desejo através dos gestos, de vozes tranquilizantes, de sorrisos e de olhos expressivos, sendo que em todos eles as crianças encontram prazer emocional. Este processo inicia-se imediatamente após o nascimento (Greenspan e Wieder, 2006).

- Etapa 2: Envolvimento e Relação

Através do afeto prestado pelos cuidados dos pais, os bebés vão progressivamente começando a ter maior investimento e interesse em certas pessoas, sendo desde o primeiro dia que estes começam a distinguir os cuidadores primários das outras pessoas. Entre os dois e os cinco meses expressam preferência em sorrisos alegres e murmúros felizes. Começam então a criar-se interações sociais e um novo nível de inteligência é atingido. As crianças começam a decifrar padrões nas expressões faciais e verbais dos cuidadores, sendo a partir daqui que começam a reconhecer padrões e a organizar perceções dentro de categorias com algum significado (Greenspan e Wieder, 2006).



- Etapa 3: Intencionalidade e Comunicação bidirecional

Nesta etapa é quando as crianças se começam a tornar mais flexíveis, mantendo interações afetivas recíprocas com os cuidadores primários (Mercer, 2017). Assim, pelos seis meses de idade, as crianças começam a transformar emoções em sinais de comunicação, o que envolve que os cuidadores leiam e respondam a estes sinais, sendo que por outro lado devem desafiá-los a ler e responder aos seus. É através destas interações que as crianças se começam a empenhar na comunicação bidirecional, é também neste nível de partilha de interações que a lógica e o sentido de realidade crescem, desta forma, por volta dos oito meses, uma criança deverá conseguir participar em muitas interações causais ou lógicas. As crianças começam assim a aplicar as novas aprendizagens gradualmente, no sentido de compreenderem o envolvimento espacial e planearem ações. O senso de realidade nasce do desenvolvimento do senso de causalidade, e baseia-se em conseguir distinguir as minhas ações das dos outros (Greenspan e Wieder, 2006).

- Etapa 4: Regulação do Humor e formação do sentido do “eu”.

Com o grande desenvolvimento que o corpo passa entre os 9 e os 18 meses, as crianças começam a utilizar a comunicação bidirecional para resolver problemas, ou seja, aprendem, por exemplo, a pegar na mão da mãe, e fazer o movimento para esta abrir a porta do quintal, e então apontam para o baloiço para demonstrar que querem dar uma volta. Durante esta etapa a resolução de problemas sociais surge e as crianças usam padrões que envolvem três ou quatro passos para obterem os resultados desejados, posteriormente, isto leva a que comecem a juntar palavras numa frase e ao pensamento científico e matemático. Todo este progresso é feito em interações emocionais que se tornam cada vez mais complexas, levando a maiores níveis de inteligência (Greenspan e Wieder, 2006).

Assim, quando as crianças dominam a **partilha de resolução de problemas sociais**, são capazes de pegar a mão do cuidador para procurar por um brinquedo, compreendendo múltiplos elementos de um padrão. Estes elementos incluem: as suas próprias necessidades e desejos emocionais; os padrões de ação envolvidos em obter um brinquedo; os aspetos espaciais que envolvem chegar até à estante onde os brinquedos se encontram; os padrões vocais envolvidos em obter a atenção do cuidador; e os padrões sociais envolvidos em trabalhar com os pais para alcançar um objetivo.

Nesta etapa as crianças aprendem também a **regular o seu humor e comportamento**, ou seja, nas interações afetivas ou nas lutas quotidianas com os cuidadores, as crianças

aprendem a dominar emoções catastróficas como o medo e a raiva. Numa criança pequena, a raiva é explosiva e tristeza parece global. Assim nesta etapa as crianças aprendem a modular sentimentos intensos através das expressões emocionais, ou das negociações com o cuidador, ou seja, começam a ser capazes de trocar rapidamente expressões emocionais com os seus cuidadores, conseguindo exprimir como se sentem através de um sinal antes do sentimento se tornar muito intenso.

Por último, esta etapa tem também um foco na **formação do sentido do “eu”**, isto acontece quando as crianças passam de “ilhas” do comportamento intencional para interações com padrões de resolução de problemas completos. Assim, a criança deixa de exprimir apenas um ou dois sentimentos e esperar pela resposta do cuidador, e começa a perceber padrões – os seus próprios sentimentos e desejos, a resposta do cuidador e os seus próximos sentimentos e ações. Com o passar do tempo estes vários padrões começam a ser identificados como o “eu” e o “outro” e começa então a emergir a integração do sentido do “eu” e do outro. Nesta etapa, as crianças aprendem como o mundo real funciona, assim como a habilidade de decifrar alterações humanas e utilizar pistas emocionais antes de quaisquer palavras terem sido ditas (Greenspan e Wieder, 2006), resultando em padrões de comportamento e emocionais complexos, organizados e integrados (Mercer, 2017).

- Etapa cinco: criar símbolos e usar palavras e ideias:

Entre os 12 e os 18 meses, as habilidades motoras das crianças desenvolvem-se de forma a que estas passam a ser capazes de controlar os músculos da boca e as cordas vocais, e as suas capacidades intelectuais evoluíram permitindo-lhes utilizar a linguagem para se expressarem, para tal, as crianças precisam de ser capazes de se envolverem em expressões emocionais complexas, que lhes permite separar ações de percepções e manter imagens nas suas mentes. E posteriormente de relacionar estas imagens com as suas emoções de forma a atribuir-lhes um significado, formando desta forma símbolos e ideias. A habilidade da linguagem surge assim porque a imagem adquire um significado através de trocas e experiências emocionais. A linguagem e o uso de símbolos vão se tornando cada vez mais complexos ao longo desta etapa, e o pensamento simbólico que deu origem ao desenvolvimento da linguagem, permite também o aparecimento de altos níveis de inteligência em vários domínios, incluindo as capacidades visuo-espaciais e a habilidade de planejar ações que servem objetivos simbólicos (Greenspan e Wieder, 2006).

- Etapa seis: Pensamento emocional, lógica, e sentido de realidade:

Por volta dos 24 a 30 meses de idade, as crianças começam a mostrar uma habilidade crescente em ligar símbolos logicamente, fazendo pensamentos de possibilidade e refletindo. Nesta etapa as crianças aprendem como um evento pode levar a outro, como as ideias podem operar através do tempo e do espaço. As ideias começam a ajudar a explicar emoções e organizar o conhecimento do mundo. As crianças passam a conseguir relacionar experiências internas e externas, e a distinguir as experiências objetivas das subjetivas. O investimento emocional nas relações permite-lhes reconhecer diferenças entre o que está dentro delas, as suas fantasias, e as ideias e o comportamento atual dos outros. O pensamento lógico leva a novas habilidades, tais como a argumentação, a matemática e o raciocínio científico. As crianças passam a ser capazes de inventar coisas e jogar jogos com regras (Greenspan e Wieder, 2006).

\*\*\*

No desenvolvimento típico uma criança domina estes seis estágios pelos quatro ou cinco anos, estabelecendo uma base para o domínio das seguintes habilidades. Nas crianças com PEA ou outros problemas do desenvolvimento, o domínio destas etapas pode ser muito longo. Isto pode acontecer, devido à dificuldade que estas crianças têm em reconhecer a variedade de expressões faciais, vocalizações e gestos que fazem parte do sistema de comunicação por sinais presente na terceira etapa, o que pode posteriormente levar a que estes não experimentem ou não aprendam totalmente a reconhecer a ampla variedade de padrões de ação e a que não passem pelas experiências necessárias para a aquisição da capacidade de regulação do humor (Greenspan e Wieder, 2006).

Além disto, nas crianças com PEA, existe uma dificuldade em fazer inferências, em empatizar com o outro, e em lidar com as emoções das outras pessoas, estas crianças acabam por não dominar as interações emocionais básicas para reconhecer padrões, mantendo-se as ações simples ou repetitivas (Greenspan e Wieder, 2006).

Relativamente, às etapas mais avançadas, estas denominam-se de: multicausalidade e pensamento triangular; área cinzenta, pensamento emocional diferenciado; sentido crescente do “eu” e reflexão sobre o padrão interno. Nestas últimas três etapas cada indivíduo tem o seu próprio tempo de desenvolvimento, não existindo idades pré-estabelecidas. Após o domínio de todas as nove etapas, as pessoas continuam a desenvolver ao longo da vida (Greenspan e Wieder, 2006).

As etapas apresentadas, constituem um papel central no modelo, sendo que a avaliação procura medir o progresso das crianças dentro das etapas, e o programa de intervenção

permite ajudar as crianças a dominarem as etapas onde se encontram as suas dificuldades (Greenspan e Wieder, 2006).

### **Avaliação e intervenção no DIR/ Floortime:**

O Floortime deve ser visto não só como uma técnica específica – na qual por vinte ou mais minutos de cada vez o cuidador senta-se junto da criança no chão para interagir com a mesma, - mas também como uma filosofia geral que caracteriza as interações diárias dos cuidadores e técnicos com a criança (Greenspan e Wieder, 2006).

As estratégias básicas do modelo na promoção do desenvolvimento socio-emocional e intelectual são: seguir sugestões, ser responsivo, construir para cima (tentar sempre ir mais longe), utilizar a brincadeira, usar os interesses naturais, colocar situações problema, fingir jogar, abraçar sentimentos, enriquecer ideias, autorreflexão (Davis, Isaacson e Harwell, 2014).

Desta forma, primeiramente os pais e os profissionais devem avaliar e trabalhar com o perfil de necessidades e forças sensoriais da criança e com os seus défices funcionais ao nível da linguagem, da motricidade, visão e intelecto. De seguida, avaliam o nível socio-emocional atual da criança, interagindo com o mesmo nesse nível, de forma a garantir uma boa conexão e relação, levando a uma maior eficácia na promoção de capacidades mais elevadas. Desta forma, o adulto irá juntar-se à criança através dos seus interesses naturais e dos seus desejos numa interação prazerosa e numa relação próxima, o que irá providenciar a motivação natural para a criança se envolver gradualmente em etapas superiores do desenvolvimento emocional e intelectual (Davis, Isaacson e Harwell, 2014).

Greenspan e Wieder (2006) reconheceram assim quatro áreas essenciais para avaliação e intervenção no modelo, estas são:

1. O progresso da criança através das etapas do desenvolvimento emocional;
2. As diferenças individuais da criança na forma como o seu sistema nervoso trabalha, dando-se especial enfoque à forma como estas diferenças afetam o processamento de experiências e o planeamento de respostas;
3. Interações entre a criança e os cuidadores, família e comunidade e sistema de serviços alagado;
4. Uma abordagem multidisciplinar, onde especialistas em áreas relevantes para os défices da criança, trabalham em conjunto para otimizar o seu progresso.

Os autores do modelo forneceram ainda questões (tabela1) chave, que podem ser utilizadas mesmo pelos cuidadores, e que ajudam a compreender onde se encontra a criança em relação às seis etapas do desenvolvimento (Greenspan e Wieder, 2006).

Etapa	Questão
1	A criança consegue entrar num estado de atenção partilhada?
2	A criança envolve-se connosco de forma calorosa e íntima?
3	A criança é capaz de interagir connosco de forma intencional – acenar que sim ou não ou mostrar através de gestos ou sons o que quer?
4	A criança é capaz abrir e fechar muitos círculos de comunicação numa sequência e resolver problemas com a nossa ajuda?
5	A criança consegue criar ideias e colocar intenções, desejos, vontades, sentimentos ou objetivos em palavras, jogo intencional ou desenhos?
6	A criança consegue criar ideias de forma lógica?

Tabela1) Questões de identificação de etapas (Greenspan e Wieder, 2006).

Como referido, o modelo típico envolve uma abordagem de equipa interdisciplinar que inclui por exemplo, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, profissionais de saúde mental, entre outros; colocando, contudo, uma grande importância no papel crítico dos pais e outros membros da família na intervenção, devido à importância que é atribuída às relações emocionais da criança. Após uma avaliação cuidadosa, a equipa em conjunto com os pais desenvolve um perfil funcional individualizado que compreenda as características únicas do desenvolvimento daquela criança e que sirva de base para a criação de um programa de intervenção individualizado (Greenspan e Wieder, 2008).

## Conclusão:

Em suma, no modelo DIR/ Floortime seguimos a liderança da criança para entrar no seu mundo emocional mobilizando não só a sua atenção, envolvimento e ação intencional, mas também a resolução de problemas e o início da utilização de palavras, criando a partir daqui uma série de oportunidades e desafios que permitem ajudá-la a aumentar as suas capacidades de relacionamento, comunicação e pensamento, ou seja, enquanto desafiamos a criança a dominar novos marcos, vamos fortalecendo sempre as capacidades atuais, incluindo as adquiridas ao longo da intervenção (Greenspan e Wieder, 2006).

Desta forma, para ajudar as crianças a tornarem-se cada vez mais intencionais, trabalhamos primeiro com o que ela já faz intencionalmente, começando por acompanhá-la no que ela quer, e a partir daí tentamos então expandir a sua ação

intencional. O objetivo primário da intervenção baseada no modelo é então: habilitar as crianças de forma a criarem um sentido de si mesmas enquanto indivíduos intencionais e interativos; desenvolver capacidades cognitivas, sociais e da linguagem a partir do sentido básico de intencionalidade; e progredir através das seis etapas fundamentais do desenvolvimento e das mais avançadas (Greenspan e Wieder, 2006).

Este modelo tem ajudado muitas crianças com PEA a aprender a: relacionar-se com adultos e pares com entusiasmo e intimidade; comunicar intencionalmente com gestos emocionais e palavras; e a pensar com um alto nível de raciocínio abstrato e de empatia (Greenspan e Wieder, 2006).

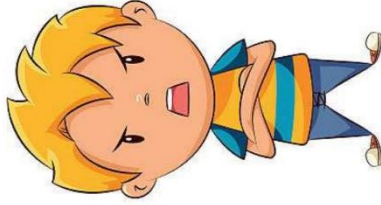
## **Bibliografia:**

- Davis, A.; Isaacson, L. e Harwell, M. (2014). *Floortime Strategies to Promote Development in Children and Teens*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Greenspan, S. e Wieder, S. (2006). *Engaging Autism: Using Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think*. Philadelphia: Da Capo Press.
- Greenspan, S. e Wieder, S. (2008). *What is the DIR/Floortime Model?*. Retirado no dia 3 de Janeiro de 2018 do site: <http://www.infantva.org/documents/CoPa-June-DIR-FloortimeModel.pdf>.
- Hess, B. (2013). DIR/Floortime: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 6(3), 267-274.
- Mercer, J. (2017). Examining DIR/Floortime as a Treatment for Children with Autism Spectrum Disorders. *A Review of Research and Theory. Research on Social Work Practice*, 27(5), 625-635.

→ Brochura Perturbação de Oposição-Desafio (POD)

# Oposição e Desafio

Compreender e Intervir na Escola e na Família



**Autoria:** Filipa Vieira - Estagiária de Mestrado em Reabilitação Psicomotora  
Junho 2018



1

## ▪ Introdução

Quando uma criança apresenta frequentemente comportamentos desajustados, é frequente os pais pensarem que o seu filho é o único que se comporta assim, ou pelo menos que é o pior, o que os leva a sentirem-se sozinhos e frustrados (Barkley e Benton, 1998).

"Ben não se porta bem em lado nenhum. Já tive de o arrastar de lojas de brinquedos e acabar numa guerra de gritos na mercearia por causa de uma guloseima que ele insiste em ter. Cheguei a um ponto em que faço qualquer coisa para ficar em casa. Já não tenho energia para lidar com as crises diárias, umas atrás das outras." (Barkley e Benton, 1998, p. 31)

Se sente que tem um filho assim, saiba que não está sozinho! A Perturbação de Oposição e Desafio - POD - é uma perturbação que se encontra dentro das perturbações do comportamento disruptivo, e é das perturbações clínicas mais comuns entre crianças e adolescentes (AACAP, 2007). Existindo ainda um número significativo de crianças que não apresentam comportamento suficientemente desajustados para um diagnóstico, mas que são consideradas como "difíceis" ou para alguns pais mesmo "impossíveis" (Barkley e Benton, 1998).

As crianças desafiadoras são assim frequentemente caracterizadas pela presença de um padrão persistente de raiva e irritabilidade, comportamento argumentativo e desafiador ou vitimização (APA, 2013). Para o ajudar a lidar com o seu filho/ aluno, apresentamos de seguida algumas informações sobre a perturbação e estratégias para gestão dos seus comportamentos.

Tenha em atenção, que só depois de introduzir todas as estratégias de mediação do comportamento positivas é que deve entrar nos métodos de disciplina moderados que apresentamos (Barkley e Benton, 1998).

## ■ Perturbação de Oposição e Desafio

É frequente ouvirmos os pais de crianças com comportamentos de oposição e desafio referirem que os seus filhos não os ouvem, fazem frequentemente birras, são agressivos, resistem à autoridade, não fazem trabalhos de casa ou tarefas, brincam de forma desadequada, roubam e mentem, ou apresentam outros comportamentos desajustados (Barkley, 1997).

Na realidade, as crianças com este tipo de comportamentos apresentam dificuldades em cumprir ordens, regras ou padrões de conduta sociais apropriados à sua idade (Barkley, 1997), alternando o seu humor entre felicidade e raiva rapidamente e insistindo ou discutindo para impor as suas ideias e vontades, mesmo quando não têm alternativa (ex.: ir dormir) desobedecendo frequentemente a pais e professores (Barkley e Benton, 1998).

Estas características afetam significativamente os seus relacionamentos, particularmente a relação com os seus progenitores, o que consequentemente pode afetar o laço afetivo entre as crianças e os seus pais que é essencial no processo de maturação e crescimento (Barkley e Benton, 1998). Uma das principais fontes dos comportamentos opostos nestas crianças são as ordens ou pedidos dos pais e professores (Barkley, 1997), e o contexto mais comum para ocorrerem, a própria casa (APA, 2013).

Um facto curioso, é que tipicamente as crianças que apresentam estes comportamentos, não os vêm como problemáticos, ou seja, não se consideram irritáveis, opositoras ou desafiadoras. Procurando racionalizar os seus comportamentos, responsabilizando as circunstâncias em que estes ocorrem (AACAP, 2007; APA, 2013). Por outro lado, existem momentos de obediência por parte destas crianças, que ocorrem geralmente quando: a ordem dada envolve uma pequena quantidade de esforço para a criança; a atividade é agradável para si; ou apresenta um reforço imediato (Barkley, 1997).

A POD é assim, uma perturbação que se desenvolve ao longo do crescimento, resultando da combinação de características individuais e ambientais que interagem ao longo do desenvolvimento da criança (Barkley e Benton, 1998; Alvarez e Ollendick, 2003; Barkley, 1997). Assim consideram-se como os três **fatores de risco** principais: o temperamental, o ambiental e o genético ou fisiológico (APA, 2013). O temperamento envolve questões relacionadas com dificuldades na regulação emocional (APA, 2013), estas são crianças que *tendencialmente* têm respostas

emocionais exageradas, são irritáveis, têm pouca capacidade de autorregulação, apresentam excesso de atividade motora e são desatentas ou impulsivas (Barkley, 1997).

O contexto ambiental da criança inclui a história das interações entre os pais e as crianças, a personalidade dos próprios pais e o envolvimento familiar (Barkley e Benton, 1998). Assim, considera-se que a existência de: um fraco relacionamento com os progenitores, negligência ou falta de supervisão parental, um padrão inconsistente de métodos parentais, disciplina excessivamente dura, abusos, instabilidade familiar e um envolvimento desorganizado podem contribuir para o desenvolvimento dos comportamentos de oposição e desafio (AACAP, 2009; Barkley, 1997).

O fator genético ou fisiológico tem também vindo a demonstrar ter um papel importante no desenvolvimento da POD. Este envolve, por exemplo, a presença de certas perturbações psiquiátricas na família como: perturbações do comportamento disruptivo, PHDA, abuso de substâncias e perturbações do humor (AACAP, 2007; AACAP, 2009). Contudo, também a presença de problemas na zona cerebral responsável pelo raciocínio, julgamento e controlo de impulsos, bem como a presença de um desequilíbrio químico-cerebral têm sido considerados como fatores de risco no desenvolvimento desta perturbação. O tabagismo durante a gravidez, a exposição a toxinas e uma pobre nutrição são também possíveis fatores de risco (AACAP, 2009).

De forma geral, os primeiros sintomas da POD surgem durante os anos de pré-escolar, tendo esta uma **prevalência** de aproximadamente 3,3%, sendo mais frequente no género masculino e antes da adolescência (APA, 2013).

A POD é uma das perturbações de saúde mental mais comuns entre crianças e jovens (AACAP, 2009), aparece frequentemente associada à PHDA (Barkley, 1997). É uma das perturbações mais estáveis, ou seja, os comportamentos desafiadores tendem a manter-se ao longo do desenvolvimento (Barkley e Benton, 1998). Quando isto acontece, as crianças tendem a experimentar frequentes conflitos com os pais, professores, pares e parceiros. Estes problemas resultam em dificuldades significativas no ajustamento emocional, social, académico e ocupacional da criança (APA, 2013). A POD aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de perturbações da conduta, abuso de substâncias, padrões de delinquência, comportamento antissocial, problemas de ansiedade ou perturbações depressivas que podem começar a aparecer pela adolescência (AACAP, 2007; Barkley, 1997; APA, 2013; Barkley e Benton, 1998).



A **avaliação** permite perceber a presença de comportamentos de oposição e desafio, e é feita por um profissional de saúde mental que procura recolher informações entre os vários contextos onde a criança se insere (casa, escola, outros) sobre os sintomas e comportamentos que a criança apresenta, possibilitando a percepção do impacto que estes estão a ter em cada contexto. Para avaliação podem utilizados questionários e escalas, que permitem perceber a ocorrência e severidade de comportamentos, sendo avaliada também a coocorrência de outras perturbações como: PHDA, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, dificuldades de aprendizagem, perturbações da linguagem (ACAAP, 2009).

A **intervenção** varia de acordo com cada caso, sendo adequada ao contexto biopsicossocial do sujeito, à sua faixa etária e à gravidade de cada situação podendo durar vários meses ou mais (AACAP, 2007; AACAP, 2009).

Assim, de acordo com a idade da criança podem ser combinadas diferentes tipos de terapias. Geralmente, para crianças em idade pré-escolar utiliza-se o treino parental, trabalhando com os pais para melhor gerirem os comportamentos das crianças. Nas crianças em idade escolar, as intervenções tendem a focar-se na escola e na família, existindo quando necessário uma abordagem mais individual. Na adolescência é mais frequente existir uma abordagem individual que pode ocorrer com intervenções com a família (AACAP, 2007).

A intervenção farmacológica pode ocorrer em qualquer idade em simultâneo com as terapêuticas anteriormente enunciadas, esta pode ser utilizada para ajudar a controlar alguns sintomas mais difíceis da POD, bem como os sintomas de perturbações que possam ocorrer em comorbilidade. Contudo a medicação por si só não é considerado um tratamento da POD (ACAAP, 2009).

A intervenção junto das crianças com POD apresenta uma melhoria da qualidade de vida e das suas relações, bem como a diminuição do risco do desenvolvimento de outras perturbações mais problemáticas na adolescência e idade adulta (AACAP, 2007; ACAAP, 2009).

## O primeiro passo: identificar

Nem sempre é fácil perceber o limite que separa comportamentos de hostilidade e agressividade que podem ser típicos da idade ou estar associados a acontecimentos da vida da criança, da existência de uma perturbação em si. Desta forma para ser efetuado o diagnóstico é necessário (APA, 2013):

- Estarem presentes pelo menos quatro sintomas dos apresentados na tabela 1 na maioria dos dias dos últimos seis meses para crianças com menos de 5 anos e pelo menos uma vez por semana para indivíduos com 5 ou mais anos;
- Estes sintomas terem ocorrido com pelo menos uma pessoa que não seja seu irmão;
- Os sintomas causam stress na criança ou em outros elementos do seu contexto social mais próximo (escola, família), ou tem impacto negativo no seu funcionamento social, educacional e ocupacional, entre outros.
- Os sintomas não estão associados a crises psicóticas, uso de substâncias ou presença de depressão.

Humor Irritável
Perde a paciência frequentemente.
Suscetível e facilmente irritável pelos outros
Está frequentemente irritado ou ressentido.
Comportamento argumentativo/ desafiador
Discute com figuras de autoridade (ex: pais, professores).
Desafia e recusa-se a cumprir pedidos ou regras de figuras de autoridade.
Irrita os outros deliberadamente.
Culpa os outros pelos seus próprios erros e comportamento.
Comportamento vingativo
Foi rancoroso ou vingativo no mínimo duas vezes durante os últimos seis meses.

Tabela 1) sintomas para diagnóstico de Perturbação de Oposição e Desafio (APA, 2013).

Se a criança preenche estes requisitos, o melhor a fazer é procurar ajuda especializada, que possibilite a realização de uma avaliação e uma intervenção adequada. A identificação do problema, é feita pelos adultos mais próximos (pais, professores), tendo estes igualmente um papel importante fundamental na identificação, avaliação e intervenção.

Assume-se que os comportamentos disruptivos são aprendidos e os comportamentos pro-sociais podem ser ensinado no seu lugar.

(Kavale, Forness e Walker, 2013)

## ■ O contexto escolar

Cada vez mais, a existência de diagnóstico formal dentro das perturbações do comportamento, deixa de ser uma novidade dentro do contexto escolar, isto acontece devido ao aumento significativo dos alunos que apresentam comportamentos disruptivos com ou sem diagnóstico formal (Kavale, Forness e Walker, 2013).

Contudo, é importante perceber quais são os impactos destes comportamentos na escola e na criança e quais as estratégias que têm vindo demonstrar ser eficazes na melhoria do comportamento e desempenho escolar destas crianças.

Por vezes, devido aos comportamentos mais agressivos e desobedientes estas crianças, acabam por sofrer rejeição por parte dos pares e em algumas situações até mesmo dos professores (Kavale, Forness e Walker, 2013). Isto acontece, porque, por vezes assumimos que as crianças sabem como se devem comportar, mas nem sempre é verdade, às vezes pode tornar-se necessário ensinar explicitamente como é que estes devem estar na sala de aula, ou seja, o professor não deve assumir desde o princípio que o aluno escolheu não seguir as regras. Para trabalhar o comportamento com os alunos o professor pode utilizar demonstrações, exemplos, ou troca de papéis no sentido de transmitir ao aluno comportamentos alternativos e mais adequados ao contexto (Bateman e Golly, 2003).

Enquanto professor de alunos com comportamentos disruptivos, poderá planejar a sua atitude e relação perante a turma. Para tal é importante ter em conta que:

- Todos temos diferentes expectativas e níveis de tolerância, por isso, é importante que reconheça e estabeleça claramente quais são as suas expectativas relativamente ao comportamento dos seus alunos, para que desta forma, seja

possível definir com estes o que é ou não aceitável dentro da sala de aula em cada momento do dia, bem como quais as rotinas e regras da mesma (Bateman e Golly, 2003).

- Uma capacidade muito importante no professor, é ser capaz de manter-se sobre controlo, mesmo quando a criança está a tentar ultrapassar os limites estabelecidos. Ou seja, na gestão destes comportamentos os professores, devem dar direções claras, curtas e num tom de voz neutro, retraindo-se de seguida calmamente. É importante compreender que quando fica em frente da criança a abanar o dedo, a aumentar a voz, depreciar a criança ou usar o sarcasmo, está a ter ações inapropriadas, mostrando à turma que não faz mal falar assim com aquela criança, colocando-o numa situação social inferior (Bateman e Golly, 2003).

Recorde-se também de que há crianças que rapidamente percebem que quando apresentam comportamentos desadequados ganham atenção individual dos pares e professores, o que nem sempre acontece quando os comportamentos são adequados (Bateman e Golly, 2003).

São reconhecidos dois tipos de estratégias no trabalho com estas crianças, estratégias para melhoria dos comportamentos e para a redução de comportamentos disruptivos (Kavale, Forness e Walker, 2013).

## Estratégias de intervenção na escola:

### Estratégias de melhoria de comportamentos

- Desvalorize ou ignore os comportamentos inapropriados, valorizando nesses momentos os alunos que estão a seguir o comportamento correto. Assim que a criança com comportamento desajustado apresentar um bom comportamento, dê-lhe um feedback positivo imediato - não ignore comportamentos que envolvam mais de um aluno ou que envolvam agressões a outra criança (Bateman e Golly, 2003).
- Quando necessário repreender ou fazer pedidos, seja direto e claro, evitando dizer o que estes não devem fazer, mas sim o que devem fazer, crianças com POD tendem a tomar atenção às primeiras palavras (Bateman e Golly, 2003).
- Realize contratos comportamentais, entre si e a criança, onde especifica o comportamento a aumentar ou reduzir, e as consequências associadas ao cumprimento ou não cumprimento do mesmo (Kavale, Forness e Walker, 2013).
- Não se foque só nos comportamentos negativos, esteja atento aos comportamentos positivos e aos objetivos que a criança vá atingindo, dando-lhe feedbacks positivos e recompensas (Bateman e Golly, 2003). Nas crianças mais novas pode ser utilizado



8

reforços reais, ou seja, onde o material que é dado à criança tem um valor de reforço e é disponibilizado imediatamente a seguir ao comportamento desejável acontecer (Kavale, Forness e Walker, 2013).

- Utilize a modelação e a troca de papéis, permita que estas crianças observem os adultos ou os pares a desempenharem e a serem recompensados por comportamentos pro-sociais, ensinando-os comportamentos alternativos enquanto os motiva. Quando verificar que a criança adota esse comportamento, deve-a reforçar diretamente da mesma forma (Kavale, Forness e Walker, 2013).
- Apresente reforço social (feedbacks positivos verbais e físicos, atenção e aprovação) para os comportamentos ajustados da criança - inicialmente as crianças podem não ser responsivas perante estes feedbacks devido às anteriores interações negativas com adultos, devem ser aplicadas em simultâneo com outros métodos para terem um efeito mais positivo (Kavale, Forness e Walker, 2013).

Em alguns casos, os comportamentos desajustados são resistentes, pelo que as estratégias de melhoria de comportamentos anteriormente apresentadas podem não ser eficazes por si só, podendo ser necessário aplicar estratégias de redução de comportamentos em simultâneo (Bateman e Golly, 2003; Kavale, Forness e Walker, 2013), algumas destas estratégias são descritas de seguida.

#### Estratégias de redução de comportamentos

Nestas estratégias é importante serem estabelecidas as consequências para os comportamentos inaceitáveis, previamente estabelecidos. Estas consequências podem ser: tempo de pausa, perda de privilégios, contacto com os pais, etc (Bateman e Golly, 2003).

- Lembre-se de explicar ao aluno o que é o tempo de pausa (Bateman e Golly, 2003).
- A perda de privilégios pode passar por ausência de resposta ou de reforço positivo, ou seja, o acesso a reforços é retirado por um período a seguir à ocorrência de comportamentos disruptivos, este pode ser aplicado a níveis mais severos (Bateman e Golly, 2003; Kavale, Forness e Walker, 2013).
- Para alunos mais velhos uma visita à diretora, chamada para os pais ou detenção podem ser os castigos mais adequados (Bateman e Golly, 2003).



9

Tenha em atenção a forma como aborda estas crianças, pois pode fazer com que os pares pensem que está tudo bem em falar mal destas crianças e fazer comentários sobre as mesmas (Bateman e Golly, 2003).

Seja proativo e não reativo, evite tomar decisões disciplinares no local sem serem cuidadosamente planeadas (Bateman e Golly, 2003).

Por cada comentário negativo que uma criança recebe deve receber cinco positivos no sentido de preservar a sua autoestima.

(Bateman e Golly, 2003)

Monitore se as estratégias e as consequências que esta a aplicar estão a resultar. Quando um aluno está a ser castigado muitas vezes pelo mesmo comportamento, as estratégias ou consequências não estão a ser eficazes. Procure perceber o que se está a passar e o que é eficaz para que o comportamento desajustado não ocorra, o que pode ser considerado como "castigo" para um aluno pode não ser para outro (Bateman e Golly, 2003).

Mantenha a colaboração com os pais, o objetivo de ambos é que a criança tenha sucesso na escola. Para tal é importante manter-se uma comunicação eficaz com os pais, através de reuniões, chamadas, emails ou outros meios de comunicação (Bateman e Golly, 2003).

#### ▪ **O contexto familiar**

Nas famílias de crianças com POD, existe tendência para uma maior frequência de interações sociais aversivas. Estas têm um impacto negativo na autoestima dos pais e das crianças, na harmonia familiar e na relação entre pais e filhos.

É importante para estes pais refletirem na possibilidade de terem adquirido ou vir a adquirir comportamentos e atitudes que podem prejudicar o desenvolvimento da criança, como por exemplo evitarem fazer pedidos, realizando as tarefas pelas crianças, o que leva a que estas percam oportunidades de desenvolverem o seu funcionamento adaptativo (Barkley, 1997).



Antes de utilizar qualquer estratégia para trabalhar os comportamentos do seu filho, deve estabelecer as suas prioridades em relação ao comportamento deste e alterar o padrão de interação com o mesmo.

Em relação ao comportamento da criança, é importante que defina quais as suas prioridades, ou seja, quais as expectativas que tem em relação ao comportamento do seu filho que considera ser mais importante trabalhar em primeiro lugar, devendo para tal ter em conta não só as suas prioridades, mas também as necessidades do seu filho e o seu nível de instabilidade atual. Ao priorizar expectativas, as restantes ficam deliberadamente em "pausa" (Greene, 2010).

Nas interações entre pais e filhos, sabe-se que todas as crianças têm a necessidade de sentirem aceitação por parte dos pais, mesmo as crianças desafiadoras (Barkley e Benton, 1998), por outro lado, quando a obediência não é notada pelos pais tende a diminuir, podendo mesmo passar a ocorrer apenas quando o pedido ou ordem for intrinsecamente recompensador ou as recompensas estiverem imediatamente disponíveis após a criança cumprir o que lhe foi dito (Barkley, 1997).

Assim, um passo importante a dar para a melhoria da relação entre si e o seu filho, é o da aprendizagem no equilíbrio da atenção que lhe dá, ou seja, deve procurar equilibrar a atenção negativa (ex: castigos, ordens, críticas) com atenção positiva (ex: elogios). Isto poderá acontecer, por exemplo, se passar a tirar todos os dias algum tempo para estar com o seu filho sem ordens, castigos ou correções, promovendo assim a relação entre ambos e a cooperação deste nos restantes momentos do dia (Barkley e Benton, 1998).

#### **Estratégias de intervenção na família:**

**Esteja Atento** – Uma boa forma de conseguir a cooperação do seu filho, além de melhorar o equilíbrio entre as interações, é o de se manter atento valorizando e elogiando os momentos de cooperação e obediência destes, poderá fazê-lo mesmo quando está a ter uma conversa ao telefone ou com outra pessoa, potenciando que a criança mantenha aquele comportamento e o presente numa próxima situação (Barkley e Benton, 1998).

**Mude o foco da atenção do seu filho** – Algumas crianças apresentam comportamentos mais resistentes, para conseguir mudar isto tem de tornar mais atrativo aquilo que espera dele. Para tal pode começar por mudar o foco que a criança tem em ter no momento o que é mais atrativo (ex: não fazer os trabalhos para ficar a jogar), fazendo-o focar-se no futuro através de recompensas que este poderá receber por cooperar e

obedecer. Frequentemente, os pais adotam um sistema de pontos (para crianças mais novas é mais atrativo se utilizar algo físico – estrelas, fichas, etc.), no qual as crianças recebem pontos de acordo com os comportamentos adequados que vão demonstrando, podendo trocá-los por recompensas pré-definidas entre pais e filhos todos os dias, semanas ou espaços de tempo maiores (Barkley e Benton, 1998).

**Aplique gradualmente castigos** – Após serem aplicados reforços positivos e o comportamento da criança ter apresentado melhorias, pode aplicar alguns castigos moderados, se necessário, como tirar pontos por comportamentos desadequados ou recurso ao tempo de pausa (tirar a criança de forma imediata do que está a fazer, colocando-a numa cadeira ou num canto isolada), este deve ser utilizando em castigos específicos e limitados, aumentando-se gradualmente a quantidade de comportamentos que são punidos com este castigo (Barkley e Benton, 1998).

**Antespe os momentos em público** – Para trabalhar os comportamentos da criança fora de casa, pode começar por pensar em voz alta quais poderão ser os comportamentos da criança, elaborando e partilhando com a criança um plano para lidar com esse comportamento. Para ajudar a criança a regular o seu comportamento e cumprir o plano estabelecido, procure manter a criança ocupada, pedindo a sua ajuda nas tarefas (ex: ajudar a encontrar os cereais, fazer um desenho para oferecer a alguém, etc.) (Barkley e Benton, 1998).

**Mantenha uma atitude de parceria com a escola** – É importante manter uma relação de parceria com a escola que ajude a monitorizar e melhorar o comportamento e desempenho da criança. Para ajudar o professor na regulação do comportamento na escola, pode em conjunto com o professor e a criança elaborar o mesmo sistema de pontos referido anteriormente (Barkley e Benton, 1998).

**Procure resolver as situações de conflito em conjunto** – É importante que procure resolver as situações de conflito que estão a prejudicar a sua relação com o seu filho em conjunto, desta forma, deve procurar a criança para tentar compreender as suas preocupações e perspetiva relativamente a um problema em específico. Nesta conversa procure ter uma atitude compreensiva mostrando-se interessado em ouvir a criança, questionando-lhe porque razão ultimamente tem apresentado determinado comportamento, e dando-lhe tempo e espaço para que esta possa refletir e tentar compreender por si mesma (Greene, 2010).

Quando for possível compreender a perspetiva da criança apresente também a sua e reflitam em conjunto qual é o problema e qual a resolução mais adequada, realista e mutuamente satisfatória. Pode ser importante deixar a criança pensar e dar as primeiras



12

ideias, partindo do princípio que não existe uma solução predeterminada. Nem sempre a primeira solução resolve o problema de forma permanente, pelo que é importante ser feita a monitorização por ambas as partes (Greene, 2010).

Todas as crianças são diferentes, pelo que não existe um plano estabelecido para a mudança de comportamentos, por vezes há comportamentos mais desafiantes e que precisam de maior mediação pelas recompensas e castigos, há crianças que vão precisar de implementar o sistema de pontos durante anos, e por outro lado há algumas que em pouco tempo terão melhorias duradoras e que permitem a redução da aplicação de algumas estratégias, etc. (Barkley e Benton, 1998).

Contudo, é importante compreender que apesar de no decorrer do seu desenvolvimento as crianças com POD aprenderem a gerir alguns comportamentos e situações, com o avançar da idade irão aparecer novos desafios e situações com as quais terão de aprender a lidar, é importante que os pais mantenham uma capacidade de gestão e análise dos comportamentos e das suas causas, refletindo sempre sobre as suas atitudes e comportamentos para com a criança. Tendo sempre atenção à possibilidade da reincidência de punições excessivas e que são contraproducentes (Barkley e Benton, 1998).

## ■ Bibliografia

- Alvarez, H. e Ollendick, T. (2003). Individual and Psychosocial Risk Factors. In C. Essau (Ed.) *Conduct and Oppositional Defiant Disorders – Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. (pp. 97-116). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (1).
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2009). *Oppositional Defiant Disorder – A Guide for Families*. Retirado no dia 21 de Junho de 2018 de: [https://www.aacap.org/App\\_Themes/AACAP/docs/resource\\_centers/oddi/oddi\\_resource\\_center\\_odd\\_guide.pdf](https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resource_centers/oddi/oddi_resource_center_odd_guide.pdf).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.



13

- Barkley, R. (1997). *Understanding The Defiant Child – Program Manual*. Nova lorque: The Guilford Press.
- Barkley, R. e Benton, C. (1998). *Filhos Teimosos e Rebeldes*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Bateman, B. e Golly, A. (2003). Why Johnny Doesn't Behave – Twenty Tips and Measurable BIPs. Verona: IEP Resources.
- Greene, R. (2010). The Explosive Child – A New Approach for Understanding and Parenting Easily Frustrated, Chronically Inflexible Children. Nova lorque: Harper.
- Kavale, K.; Forness, S. e Walker, H. (2013). Interventions for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in the Schools. In Quay, H. e Hogan, A. (Eds.) *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. Nova lorque: Springer Science & Business Media.

→ Plano de sessão para o projeto: “À conversa com... Pais. Birras que nos tiram do sério”

<b>Tempo</b>	<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Materiais</b>	<b>Objetivos</b>
10'	Apresentação	Na atividade as crianças devem sentar-se em círculo, sendo que as técnicas que as acompanham devem também encontrar-se incluídas no mesmo. Como modelação, uma técnica deve começar a atividade dizendo “Eu sou X, tenho X anos e gosto muito de X.”. De seguida deve dirigir-se até ao papel de cenário afixado previamente na parede e escrever o seu nome. Voltando para o círculo deve passar a bola a uma criança. O procedimento deve ser repetido por todos e pela outra técnica.	Bola; Papel de Cenário; Canetas.	Estabelecer relação; Promover a interação entre o grupo.
20'	História: “Tiago o rapaz sempre chateado!”	As crianças mantêm-se sentadas, abrindo um pouco a roda para ficarem em meia-lua de frente para o papel de cenário. De seguida, será contada uma história com auxílio de fantoches pelas técnicas. A história incidirá sobre um menino passando por uma série de momentos onde apresenta comportamentos e emoções negativos perante situações do quotidiano, serão também abordadas as atitudes dos adultos que o acompanham, sendo que durante a história será pedido às crianças para identificarem e imitarem as expressões e emoções presentes na história.	História; Fantoches	Promover a capacidade de associação da expressão à emoção; Desenvolver a capacidade de reconhecer o sentimento associado às experiências/conflitos; Sensibilizar a consequência dos comportamentos adotados no outro.

30'	Expressão	Neste momento, as crianças mantêm-se sentadas em meia-lua, e são colocadas duas situações problema idênticas às da história (uma de cada vez e tendo uma como adulto o pai e outra a mãe) sendo-lhes pedido que façam eles a expressão correspondente ao que sentem quando algo do género acontece. Depois de todos fazermos, é pedido às crianças que desenhem essa expressão perto do seu nome.	Papel de Cenário; Canetas.	Promover a reflexão individual dos comportamentos adotados perante situações de conflito; Conscienciar a reação/emoção sentida relativa às experiências/ conflitos
		Variante 1: Após as serem colocadas as duas questões e desenhados as respectivas expressões, é pedido que pensem e mostrem a expressão do sentimento que os pais presenciaram em cada uma das situações. Sendo posteriormente pedido que desenhem novamente as expressões dos pais no papel de cenário.		Promover a reflexão e consciencialização do impacto dos seus comportamentos nos pais.
		Variante 2: Por último, seleccionando uma das situações problema abordadas anteriormente, é pedido que as crianças pensem e desenhem uma solução, ou seja algo que podem fazer para melhorar a sua atitude/ controlar as suas emoções.		Desenvolver competências de gestão de conflito/frustração. Desenvolver a capacidade de controlar impulsos.

## ANEXO J – Jogos e materiais desenvolvidos.

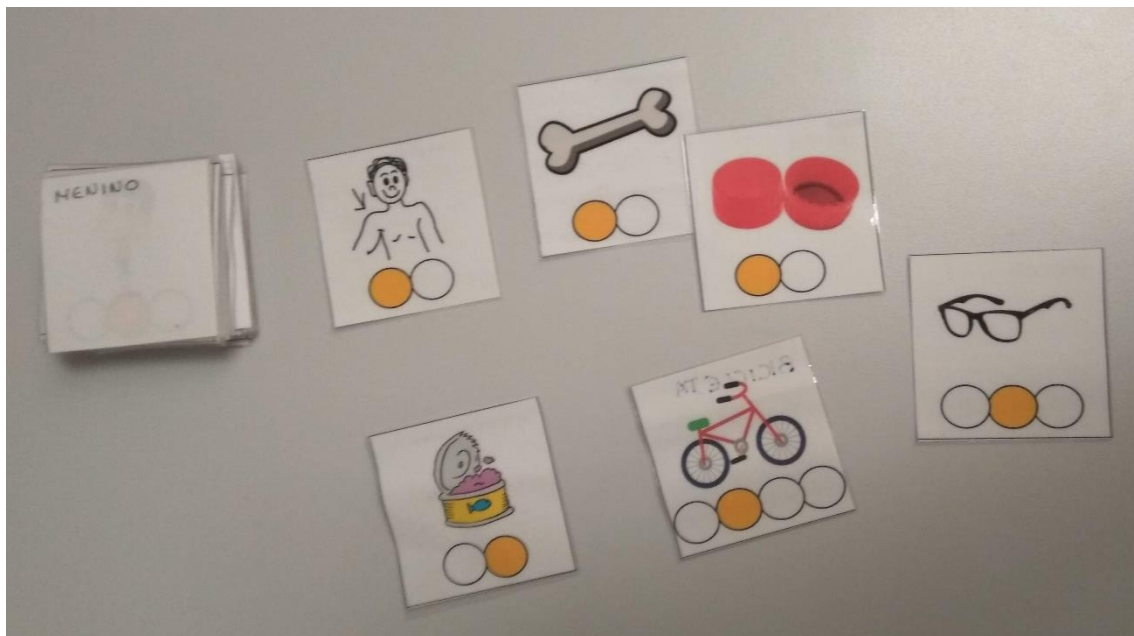
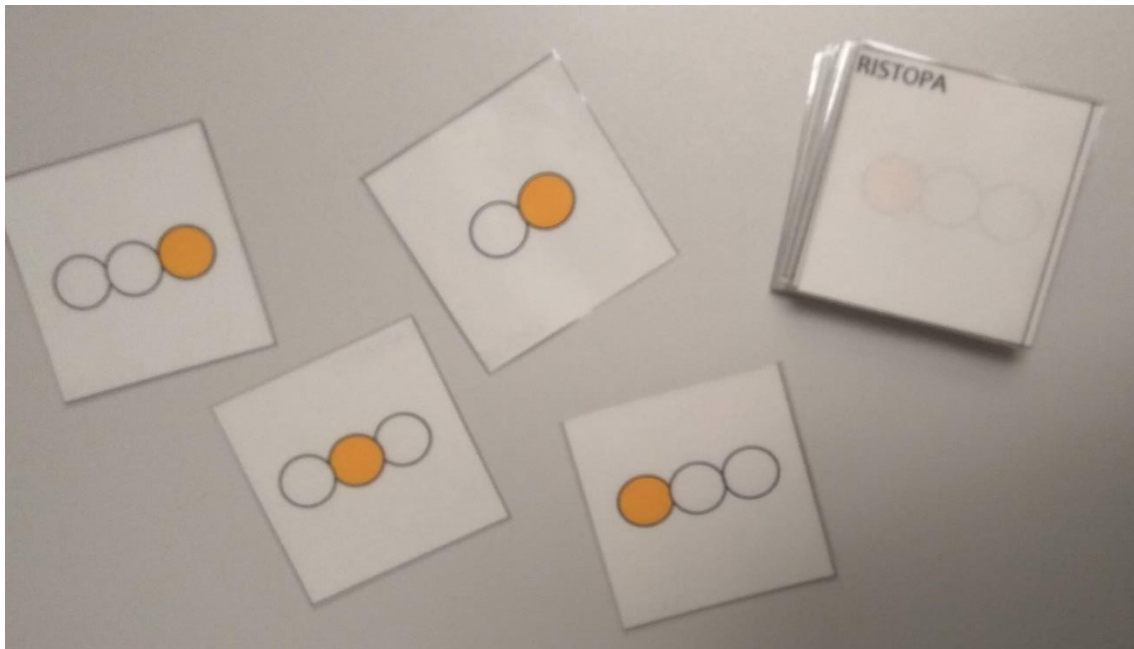
→ Relicário



→ Bingo das vogais



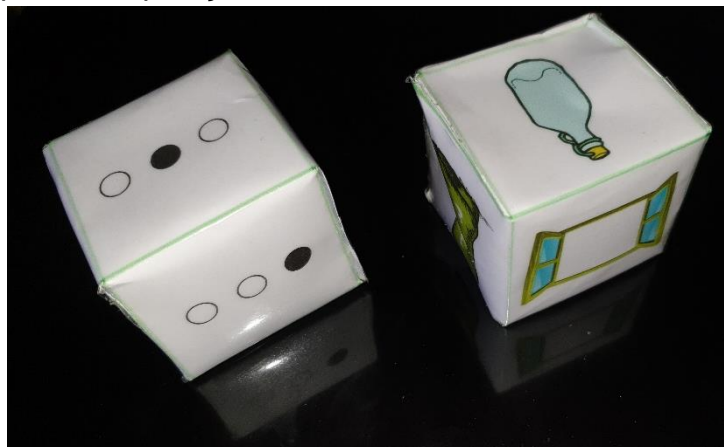




→ Jogo da memória – rimas



→ Dados para manipulação silábica



→ Jogo “Emoções em Cadeia”



## ANEXO K – Exemplos de relatórios de observação de sessões dos casos acompanhados.

Os planos de sessão sofreram ao longo do tempo alterações no sentido de resumir melhor resumir e sistematizar as observações das sessões. De seguida, é apresentado um relatório de observação de cada caso acompanhado, organizados no tempo.

<b>Data:</b> 30 de Outubro de 2017 <b>Nome:</b> J.B. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 9 anos</span>		
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	O J.B. apresenta algumas dificuldades de aprendizagem, e de socialização, tendo dificuldades em manter o contacto ocular. Tem sessões quinzenais à quarta-feira.	
<b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b>	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>
	<p>No início da sessão após terem sido feitas as apresentações, foi escrita a data e foi realizado um momento de conversa inicial onde se pediu ao J.B. que contasse as novidades.</p> <p>De seguida foi realizado um jogo onde eram apresentados cartões que o J.B. deveria colocar por ordem, este apresentou um bom desempenho, contudo quando pedido que extrapolasse do que estava no desenho e imaginasse um fim, este apresentava dificuldades, precisando assim de ajuda.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b></p>	<p>Promover a comunicação e o diálogo.</p> <p>Potenciar a flexibilidade psicológica e a criatividade.</p>
<b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b>	Durante a sessão o J. apresentou-se tímido e um pouco fechado, pouco falador não manteve contacto ocular.	

<b>Notas/Dúvidas/Referências Bibliográficas</b>	Idade; Nome do jogo utilizado.
---	--------------------------------

<b>Data:</b> 20 de Novembro de 2017 <b>Nome:</b> J.P. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 8 anos</span>		
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	Diagnóstico de PHDA, queixas escolares ao nível da regulação do comportamento, apresenta bons resultados escolares.	
<b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b>	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>
	<p>A sessão inicia com uma breve conversa, após ter sido escrito a data, onde o J.P. conta sobre a sua festa de anos em casa, e que a prenda que gostou mais foi um jogo do <i>super mario</i> que o pai lhe deu, contudo não aprofundou muito o tema do aniversário.</p> <p>De seguida, foi proposta a realização do jogo “eu e os outros”, com a qual este concordou, durante a explicação das regras do jogo o J.P. mostrou-se agitado, contudo cumpria os pedidos feitos no sentido de regular o seu comportamento.</p> <p>Na primeira jogada, o J.P. teve de falar sobre si, dizendo o que gosta mais de fazer sozinho e acompanhado, este identificou ver televisão, jogar consola e brincar como o que gosta mais de fazer sozinho e jogar à apanhada e às escondidas para o que gosta mais de fazer acompanhado.</p> <p>Na jogada seguinte o J.P. teve de completar a frase: “De manhã cumprimentamo-nos dizendo...” este responde simplesmente “olá”, mas após alguma orientação refere que também diz “Bom dia”.</p> <p>Na última jogada, o J.P. teve de fazer um faz de conta, tendo neste caso de se apresentar, aqui o J.P. pediu-me ajuda, tendo a técnica saído da sala</p>	<p>Desenvolver o autoconceito e a reflexão sobre os momentos importantes no meu dia-a-dia.</p> <p>Promover a capacidade de falar sobre mim e os meus interesses.</p> <p>Desenvolver competências de autorregulação do comportamento.</p> <p>Promover o conhecimento por regras sociais e da interação com o outro.</p>

	<p>para eu ensaiar com ele. Expliquei-lhe o que este poderia dizer, e este refere já se ter apresentado na escola, contudo quando vai fazer a dramatização confessa estar com vergonha, mas com ajuda este acaba por ficar mais à vontade e falar de si em diálogo.</p> <p>Terminámos a sessão tirando fotos para continuarmos o jogo na semana seguinte.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b> Jogo “Eu e os Outros” – jogo CADIn</p>	
<b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b>	<p>Na sessão o J.P. apresentou-se mais agitado e impulsivo que o normal, contudo mostra-se participativo e tenta regular o seu comportamento.</p>	

<p><b>Data:</b> 29 de Novembro de 2017</p> <p><b>Nome:</b> D. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 2 anos</span></p>		
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	<p>O D. é um menino de dois anos que tem um diagnóstico de PEA, está integrado na creche e é acompanhado no programa CADir, tendo sessões duas vezes por semana.</p> <p>O D. apresenta um prognóstico favorável, apresentado contacto ocular e interação com o outro.</p>	
	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>

<p><b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b></p>	<p>No início da sessão o D. estava a fazer uma birra, tendo esta sido controlada através da alteração do seu foco de atenção para bolinhas de sabão que foram então lançadas pela técnica no ar. Após este se acalmar procura o brinquedo de construções de madeira que se encontrava já disposto no tapete, passando então a construir torres. No jogo das construções e partindo das vocalizações que o D. ia fazendo, foi apresentado o puzzle dos animais, este com orientação interage com o brinquedo segurando os animais enquanto lhe era dito o nome e o som que o animal fazia.</p> <p>De seguida, o D. foi buscar livros, sendo que a interação que manteve com estes foi curta, tentando-se durante este tempo chamar a atenção do D. os animais presentes lá presentes, contudo este apresentava interesse pelas flores que iam aparecendo, apontando para estas.</p> <p>N sessão o D. procurou ainda os lápis para realizar um desenho, durante a realização do desenho o D. apenas fazia linhas direitas com alguma força, tendo sido estimulado no sentido de desenhar círculos ou nuvens, este apenas executou posteriormente rabiscos.</p> <p>A sessão ocorreu em torno destes jogos, sendo que alguns, particularmente o das construções de madeira se iam repetindo. Durante este tempo o D. foi sendo estimulando no sentido de imitar sons e palavras e observar e reconhecer os animais por exemplo.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b> Jogo de construção de madeira, livros, puzzle de animais, lápis e folhas de papel.</p>	<p>Promover a exploração do envolvimento.</p> <p>Potenciar o desenvolvimento da linguagem.</p> <p>Desenvolver capacidade de flexibilidade cognitiva, através da exploração de vários materiais e o desvio da atenção de fixações ou ritualismos.</p> <p>Promover interação com o outro.</p>
<p><b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b></p>	<p>Na sessão e após o momento inicial em que este estava mais agitado, o D. apresentou-se bem-disposto e simpático, mantendo o contacto ocular e procurando o adulto para executar algumas tarefas. Ao nível da linguagem apresentava algumas vocalizações, ou seja, a intenção de comunicar, conseguindo distinguir-se quando este dizia uau.</p> <p>Ao nível da imitação, este foi um pouco inconstante, tendo imitado apenas algumas tarefas. Durante a sessão foi possível ver alguma preferência do D. pelo jogo das construções de madeira e por flores.</p>	
<p><b>Notas/Dúvidas/Referências Bibliográficas</b></p>	<p>Greenspan, S., e Wieder, S. (2008). DIR/Floortime™ Model. <i>The International Council on Developmental and Learning Disorders</i>. Retirado no dia 01 de Dezembro de 2017 do sitio: <a href="http://www.infantva.org/documents/CoPa-June-DIR-FloortimeModel.pdf">http://www.infantva.org/documents/CoPa-June-DIR-FloortimeModel.pdf</a>.</p>	

<b>Data:</b> 15 Dezembro de 2017 <b>Nome:</b> G.S.R. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 10 anos</span>		
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	<p>O G.S.R. foi encaminhado para intervenção após avaliação pelo CADIn, onde se verificou que este teria características compatíveis com PHDA, apresentando dificuldades em ativar e manter a atenção em tarefas que requeriam esforço mental, suspeitava-se também que este estaria a sofrer de <i>bullying</i> na escola. Após um percurso com bons ganhos que se repercutem ao nível do desempenho escolar e da forma de estar deste perante os colegas o G.S.R. irá entrar em processo de alta a partir de Janeiro de 2018.</p>	
<b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b>	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>
	<p>No início da sessão foram realizadas as apresentações. Depois houve um momento de conversa onde o G.S.R. contou as últimas notas que recebeu, neste momento foi também explicado ao G.S.R. que este irá deixar de vir ao CADIn com regularidade, só indo caso fosse necessário/ esporadicamente. Este aceita bem a novidade, referindo posteriormente que prefere vir ao CADIn esporadicamente do que não vir de todo. Foi então proposta que a próxima sessão se realizasse em conjunto com a sessão do irmão, tendo este sugerido actividades para a mesma.</p> <p>De seguida, e de acordo com as sugestões do G.S.R. jogámos o jogo do stop, com categorias sugeridas pela técnica: características da pessoa, reação positiva, reação negativa, sentimento positivo e sentimento negativo. Foi feito um exemplo inicial com a letra B, sendo as letras seguintes escolhidas de acordo com as regras tradicionais do jogo e foram: G, R e o A.</p> <p>Foi possível verificar que o G.S.R. teve mais facilidade em encontrar as características e as questões positivas. Não conseguindo identificar em nenhuma das letras um sentimento negativo.</p>	<p>Promover a reflexão e distinção de sentimentos e reações boas e más.</p> <p>Promover a compreensão entre características físicas e psicológicas.</p> <p>Potenciar a reflexão e expressão da sua opinião/ sentimentos.</p>



	<p>Por fim, foi pedido que todos dissessem a palavra boa e má que tinham escrito e com que se identificavam mais, assim o G.S.R. escolheu amor e gozar, respetivamente.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b> lápis e folhas do jogo do stop.</p>	
<b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b>	<p>No início da sessão o G.S.R. estava um pouco tímido por estar presente um elemento desconhecido na sessão, tendo ao longo do tempo ficado mais à vontade. Mostrou-se participativo e colaborante. Foi também possível verificar que o G.S.R. tendo o seu telemóvel em cima da mesa (visível e com facilidade de acesso) manteve-se focado na tarefa não mexendo neste senão quando se terminou a atividade.</p>	

<p><b>Data:</b> 13 de Dezembro de 2017</p> <p><b>Nome:</b> F. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 2 anos</span></p>		
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	<p>Diagnóstico de Trissomia 21. Apenas utiliza a palavra “dá”. O objetivo último da intervenção é a promoção do desenvolvimento global. A F. já consegue andar estando atualmente já a adotar este comportamento ao invés do gatinhar durante a sessão.</p>	
<b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b>	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>
	<p>A sessão iniciou no tapete, onde a F. por iniciativa, procurou abrir um baú, este contém pratos, talheres, copos, etc. de brincar. Após demonstração tentou-se que esta tentasse abrir o baú sozinha, a F. replicou os movimentos, só conseguindo abrir o baú com ajuda física.</p> <p>Após aberto, a F. retirou logo uma colher levando-a à boca, através desta ação foi lhe dado um prato, para que tirasse a comida do prato. Foi também colocado um boneco no seio da brincadeira, de forma a estimular a F. a dar comida também ao boneco, esta assim o fez.</p>	<p>Promover o conhecimento do nome e utilidade das loiças e alimentos.</p> <p>Desenvolver competências de interação e comunicação.</p>

	<p>Foram depois introduzidos alimentos de plástico na brincadeira. A F. leva alguns à boca e morde-os <i>apresentando não reconhecer que não são verdadeiros</i>.</p> <p>De seguida, a F. arrumou todos estes brinquedos com orientação da técnica. Sendo-lhe mostrado um jogo com caixas que encaixam umas dentro das outras, e que podem construir uma torre. Através de demonstração é pedido à F. que coloque as caixas em torre, sendo-lhe dadas as caixas por ordem (e.g.: primeiro a maior, etc.), aqui após colocar quatro caixas e de estas ficarem já ao nível da sua cabeça quando sentada, a F. sente dificuldades em colocar a quinta e deita as caixas todas abaixo. A torre é reconstruída com ajuda da técnica, mas após colocar a quinta caixa a F. volta a tentar mandar a torre abaixo, aqui é impedida pela técnica que coloca barreiras (segura nas caixas), desta forma a F. tenta com força tirar as caixas e morder nestas. Quando sobram duas caixas a F. <i>parece entender que são as mãos da técnica que estão a impedi-la de retirar as caixas</i> e tenta morder nas mãos. No fim, a F. arruma sozinha as caixas umas dentro das outras, apresentando um bom desempenho tendo apenas havido recurso a pistas verbais e físicas (e.g.: apontar).</p> <p>A sessão passou depois para a mesa, onde se procurou que a F. interagisse e explorasse a plasticina, havendo tendência de esta a colocar na boca. Contudo, ao longo da atividade esta ação tornou-se cada vez menos frequente.</p> <p>Para explorar a plasticina foram utilizadas formas e um lápis, promovendo o recurso e utilização deste material.</p> <p>Após a plasticina ser arrumada, foram cantadas algumas músicas acompanhadas do ritmo feito pelo</p>	<p>Promover a motricidade fina e a coordenação dos membros superiores.</p> <p>Desenvolver a noção do corpo e estruturação espaço-temporal (e.g.: levar a comida à boca).</p> <p>Desenvolver o conhecimento e a procura de estratégias para resolução de problemas.</p> <p>Potenciar a utilização da imitação como estratégia de interação e aprendizagem.</p>
--	--	---

	<p>bater dos lápis nos materiais que estavam na mesa, a F. não imitou os sons das canções, tendo apenas imitado o bater dos lápis nos materiais. Por último fez-se um “desenho” com os lápis, tendo no fim a F. sido estimulada no sentido de rasgar ou amarrotar as folhas antes de as colocar no lixo, mas esta não respondeu ao estímulo.</p> <p>Antes de sair da sessão são mostradas bolachas à F., querendo esta ir buscá-las, contudo, a técnica coloca uma barreira na passagem, estimulando a F. a procurar alternativas para passar. Esta tenta passar através da técnica, mas sem sucesso, desviando assim a atenção para outros materiais ou deitando a cabeça na mesa.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b> loiças e alimentos de brincar, boneco, jogo de caixas, plasticina e utensílios de plasticina, lápis e folhas.</p>	
<b>Estratégias/ Adaptações utilizadas</b>	<p>Ajudas físicas, pistas verbais e físicas. Recurso a canções e ritmos de forma a promover a imitação de sons por parte da F.. Reforço positivo verbal (“iei”, “boa”) e reforço físico (bater as palmas). Verbalização das ações, dos alimentos utilizados, entre outros.</p>	
<b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b>	<p>Durante a sessão a F. apresenta-se bem-disposta e colaborativa. Imita a técnica a tossir, e alguns gestos (e.g.: bater com os lápis). Foi possível verificar que esta quando colocados obstáculos (e.g.: para ir buscar a bolacha e para retirar as caixas) esta não procura ativamente estratégias alternativas, persistindo nas estratégias que já utiliza e quando não consegue desvia a atenção ou encosta-se – desiste.</p>	

<p><b>Data:</b> 19 de Janeiro de 2018</p> <p><b>Nome:</b> A. <span style="float: right;"><b>Idade:</b> 7 anos</span></p>	
<b>Contexto/Resultado da avaliação/Diagnóstico</b>	<p>A A. está no primeiro ano de escolaridade, apresenta algumas dificuldades de desenvolvimento e aprendizagem associadas a questões emocionais derivadas da estrutura familiar, tendo sintomatologia de um Distúrbio Reativo da</p>

	Vinculação na Infância. A A. vive com a madrinha desde os 5 meses, tendo atualmente um encontro semanal supervisionado com os pais biológicos.	
<b>Dinâmica da sessão/ intervenção – actividades; materiais e objectivos</b>	<b>Atividades Realizadas</b>	<b>Objectivos</b>
	<p>A sessão realizou-se no ginásio da instituição, onde se começou por aplicar o item de passividade da bateria psicomotora, durante a realização deste item a A. apresentou algum desconforto, sendo que sempre que esta pensava ter acabado a atividade queria-se levantar do chão.</p> <p>De seguida, foram aplicados os itens de motricidade global do ABC 2 que é composto por testes de atirar e apanhar um saco de feijões e testes de equilíbrio estático e dinâmico. Durante a realização destes itens a A. apresentou-se motivada, apresentando maiores dificuldades na orientação e organização espacial, foi também visível a existência de alguma impulsividade na realização das tarefas.</p> <p>Foi depois aplicado o item de representação topográfica, aqui a A. apresentou dificuldades em passar para a ação a sequência realizada no papel. Por fim, foi dado um tempo livre à A. para explorar o ginásio.</p> <p><b>Materiais/Instrumentos/Jogos:</b> Teste Bateria Psicomotora e ABC 2.</p>	<p>Identificar o perfil psicomotor.</p> <p>Avaliar áreas fortes e com dificuldades no desenvolvimento, com particular evidência na motricidade global.</p>
<b>Desempenho e atitude durante a realização da intervenção/ Observações</b>	A A. apresentou-se animada e motivada, foi perceptível a presença de um perfil hipertónico durante a realização das atividades. Apesar da existência de dificuldades foi persistente mostrando interesse nas atividades realizadas.	

<b>Data:</b> 23 de Fevereiro de 2018			
<b>Nome:</b> L.		<b>Idade:</b> 12 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
Diálogo Inicial	Promover a reflexão e expressão verbal dos principais acontecimentos do seu quotidiano.	-	-
Jogo da Mimica	Desenvolver a capacidade de expressão e compreensão de linguagem não verbal. Promover a identificação de pistas não verbais importantes na comunicação.	Utilização de cartas com imagens.	-
<b>Observações</b>			

<b>Data:</b> 26 de Fevereiro de 2018			
<b>Nome:</b> V.		<b>Idade:</b> 8 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
Scrabble	Promover a nomeação de palavras.	Pistas verbais.	3
Escolher e explorar o significado de uma expressão idiomática, construindo posteriormente uma fase a partir desta. ("onde Judas perdeu as botas").	Promover a compreensão e correta utilização das expressões idiomáticas.	Pistas verbais. Possibilidade de escolha da expressão utilizada.	2
Combinar frases utilizando conectores referentes, oralmente.	Promover a integração dos conectores e referentes existentes. Desenvolver a capacidade de relacionar duas frases escolhendo o conector ou referente que melhor se adequa.	-	3
Treino do som /z/, /ch/ e /g/ - dizer palavras dentro de	Promover a distinção e o reconhecimento de	-	3

uma categoria (e.g.: países, objetos) que comecem com o som referido.	palavras com os sons /z/, /ch/ e /g/.		
<b>Observações</b>			

<b>Data:</b> 5 de Março de 2018			
<b>Nome:</b> M.C.		<b>Idade:</b> 12 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
IQ <i>Puzzler</i> Pro	Promover a capacidade de resolução de problemas.	-	3
Desenvolvimento da história iniciada na semana anterior.	Promover o conhecimento de estratégias para uma boa construção textual. Desenvolver a consciencialização dos elementos essenciais e enriquecedores de textos.	Utilização de cartas que dizem as personagens, ação e local da história. Utilização do acrónimo PETA e de um mapa da história para ajudar a organizar as ideias.	3
<b>Observações</b>			
Utiliza pastilha durante a sessão. Decide começar uma nova história, construindo um texto muito pequeno.			

<b>Data:</b> 16 de Março de 2018			
<b>Nome:</b> M.V.		<b>Idade:</b> 7 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
Conversa Inicial	Promover a expressão verbal de acontecimentos importantes da sua semana.	-	-
Jogo “Glória das Emoções”	Promover o conhecimento das diferentes emoções e como se podem apresentar	-	-

	através de expressões faciais. Explorar a linguagem não-verbal por detrás das diferentes emoções. Promover a reflexão sobre momentos em que sentimos diferentes emoções.		
<b>Observações</b>			

<b>Data:</b> 19 de Março de 2018			
<b>Nome:</b> G.S.S.		<b>Idade:</b> 5 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
Jogo da Torre	Promover o controlo e precisão manual. Promover a capacidade de recolha e análise de informação para a ação.	-	3
Desenho de linhas curvas e do número 8.	Promover a coordenação óculo-manual. Promover a integração do desenho do número 8.	Utilização ode tracejados e da pista do número 8 utilizada na sessão anterior.	4
Atividade para descobrir o par.	Promover a capacidade de análise de informação visual. Promover a perceção visual das relações espaciais.	-	4
Desenho do número 5 e 7.		-	3
Desenho da letra d.	Promover a perceção do desenho da letra d (começa com o desenho da letra c, sendo semelhante ao da letra a).	Pistas verbais e visuais. Utilização de contornos e tracejados.	3
Jogo: 4 em linha.	Promover a capacidade de raciocínio lógico.	Pistas verbais.	2
<b>Observações</b>			

<b>Data:</b> 26 de Março de 2018			
<b>Nome:</b> T.		<b>Idade:</b> 5 anos	
<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Estratégia</b>	<b>Desempenho 1-5 (se aplicável)</b>
Jogo: Avalanche	Promover a pega em pinça e o controlo oculo-manual.	-	4
Aplicação da bateria de provas de diagnóstico do Pré-escolar	Avaliar as aptidões básicas para a aprendizagem escolar: verbal, numérica, memória, perceção visual e coordenação visuo-motora. Desenvolver o perfil do T., identificando os pontos fortes e os que apresentam maiores dificuldades.	-	-
<b>Observações</b>			